

委任状

代理人

住所

氏名

(本人との関係：)

私は、上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

- 介護保険被保険者証受領
- 介護保険負担割合証受領
- 介護保険負担限度額認定証受領
- ()

年 月 日

委任者（被保険者）

住所

氏名

※被保険者自署でない場合は記名押印してください