

委任状

年 月 日

代理人 住所

氏名

生年月日

私は、上記の者を代理人として（誰の ）の介護保険の

・被保険者証 ・負担割合証 （必要なものに○をしてください）

・その他（ ）

の受領に関することを委任します。

委任者 住所

氏名（自署）

印

記入上の注意

- ・（誰の ）の部分は、本人または同居の家族のお名前をご記入ください。
- ・ボールペンまたはペンでご記入ください。鉛筆等で記入のあるもの、筆跡が判定できないものは受け付けられません。
- ・記載内容を訂正する場合は二重線を引き、委任者の捺印した印鑑で訂正してください。（朱肉を使用したもの）