

委任状

年 月 日

受任者 住所 _____
(代理人)

氏名 _____ 印

(被保険者との関係)

上記の者を代理人と定め、介護保険 _____ 費
の受領に関する一切の権限を委任します。

遊 佐 町 長 殿

委任者 住所 _____
(被保険者)

氏名 _____ 印