委　任　状

年　　月　　日

(代理人)

　住所

　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日生

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の受領に関すること
* 認定結果通知書の受領に関すること
* 負担割合証の受領に関すること

(本人)

住所

氏名

印

（自署の場合は押印不要）