

委 任 状

私_____は、下記の者を代理人と定め、
介護保険被保険者証 ・ 負担割合証 ・ 負担限度額認定証 の
再交付申請及びその受領に関する権限を委任します。

年 月 日

委任者 住所_____

(被保険者) 氏名_____

代理人 住所_____

氏名_____

被保険者との続柄 ()

※申請にあたっては、代理人の身分証明書写しを添付してください。(顔写真付きのものであれば1点、顔写真の無いものは2点)