

# 委 任 状

私 \_\_\_\_\_ は、下記の者を代理人と定め、  
高額介護（介護予防）サービス費および高額介護予防サービス費相当事業  
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 \_\_\_\_\_

続 柄 \_\_\_\_\_