

# 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 \_\_\_\_\_  
の申請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