

委 任 状

年 月 日

桜 井 市 長 様

被保険者

住 所

氏 名

生年月日 M・T・S・H 年 月 日

私は下記の者を代理人と定め、下記の事項の権限を委任します。

1. 介護保険の資格異動に関すること。
2. 介護保険の給付に関すること。
3. 介護保険料に関すること。
4. 介護保険の送付先の設定に関すること。
5. 介護保険被保険者証等の再交付に関すること。
6. 介護保険に関する一切のこと。
7. その他 ()

代理人

住 所

氏 名

被保険者との続柄