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