

委 任 状

(代理人)

住 所 _____

氏 名 _____

私は上記の者を代理人と定め、次の権限を委任いたします。

記

1. 高額介護(予防)サービス費の受領に関すること

年 月 日

(願 出 人)

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

※ 記入欄は、依頼する方（被保険者の方）がすべて記入してください。