

介護保険減額認定証等の代理受領に係る委任状

年 月 日

伊万里市長 様

(委任者) 住所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

被保険者番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 M. T. S 年 月 日

私は、下記のことを代理人と定め、介護保険に係る減額認定証等の受領を委任いたします。

年 月 日

(代理人)

住所 (介護支援専門員等の場合は事業所所在地)

\_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

(介護支援専門員等の場合は事業所名)

\_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

受付者