

委 任 状

代 理 人 住 所 _____
(たのまれた方)

氏 名 _____ 印

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任いたします。

記

- 1 介護保険の適用除外の手続きに係る権限
- 2 その他 (_____)

以上

年 _____ 月 _____ 日

委 任 者 住 所 _____
(たのんだ方)

氏 名 _____ 印

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日