

# 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