委　　任　　状

※委任する方が必ず記入して下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 代理人住所 |  |
| 代理人氏名 |  |
| 電話番号 |  |

　上記の者を代理人と定め、

に関する一切の権限を委任します。

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 氏名（自署または記名押印） |  |
| 生年月日 |  |
| 電話番号 |  |

……………………………………（きりとりせん）……………………………………

記入例

|  |  |
| --- | --- |
| 代理人住所 | 千葉県匝瑳市○○１２３番地 |
| 代理人氏名 | 匝瑳　花子 |
| 電話番号 | ０９０－△△△△－×××× |

上記の者を代理人と定め、　　**介護保険被保険者証の再交付**

に関する一切の権限を委任します。

令和○○年○○月○○日

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 千葉県匝瑳市八日市場ハ７９３番地２ |
| 氏名 | 匝瑳　太郎　　※自署または記名押印 |
| 生年月日 | 昭和△△年△△月△△日 |
| 電話番号 | ０４７９－７３－００３３ |