委　任　状

窓口受け取り用

西 都 市 長　　様

（委任者）

被保険者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

生 年 月 日 ： 明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日

住 所 ：

私は、下記の者へ

□介護保険認定結果通知及び介護保険被保険者証（負担割合関係含む）

□介護保険被保険者証の再発行

□介護保険負担割合証の再発行

□介護保険負担限度額認定結果通知及び介護保険負担限度額認定証

□介護保険負担限度額認定証の再発行

の受け取りについて委任します。

 平成 年 月 日

（代理人）

住　　 所 ：

※事業所の場合は除く

氏 名 ：

〔 介護支援専門員 ・ 施設職員 ・続柄 ( ) 〕

事 業 所 名：

※受け取られた際の記入となりますので、下記は記入しないで下さい。

受　取　日　： 平成　　　　年　　　　月　　　　日

受取者氏名　：