

委任状

関ヶ原町長様

代理人(窓口に来られる方)

住所

氏名

私は上記の者を代理人として、

介護保険（被保険者証、資格者証、負担割合証）の
（再発行、受領）に関する一切の権限を委任いたします。

平成 年 月 日

被保険者

住所

氏名

印

※代理人が窓口に来られる際は、代理人の本人確認書類をご持参ください。