

委任状

代理人	住所
	氏名
	生年月日 年 月 日

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

記

介護保険負担限度額認定申請の全てに関する権限

年 月 日

委任者	住所
	氏名 印
	生年月日 年 月 日
	電話番号

備考

--