



# 委任状

甲良町長 様

令和 年 月 日

私(委任者)は下記の者(受任者)を代理人として定め、介護保険被保険者証等の再交付にかかる手続きに関する一切の権限を委任します。

## 委任者

住所	〒
氏名	印
電話番号	( ) -

## 受任者

住所	〒
氏名	印
委任者との続柄	親族(続柄: ) ・ 介護支援専門員 ・ その他( )
電話番号	( ) -

※代理人が介護支援専門員の場合は、氏名欄に「事業所名」および「介護支援専門員の氏名」を記入し、押印してください。