

委任状

令和 年 月 日

甲良町長 殿

私の介護保険住所地特例適用・変更・終了届出について、下記の代理人に委任します。
※上記（適用・変更・終了）より該当するものに○をつける。
在宅→施設：適用 施設→施設：変更 施設→在宅：終了

<代理人>（窓口へ来られる方）

住所

氏名

印

※自署以外の場合は押印が必要です

生年月日

明治・大正
昭和・平成

年

月

日

<被保険者>（委任される方）

住所

氏名

印

※自署以外の場合は押印が必要です

生年月日

明治・大正
昭和・平成

年

月

日

※代理人が窓口へ来られる際は、代理人の本人確認ができるもの（運転免許証等）をご持参ください。