

委任状

甲良町長様

年 月 日

私（委任者）は下記の者（受任者）を代理人と定め、介護保険関係通知送付先変更等の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

その他（ _____ ）

電話番号 (_____) _____

※受任者が介護支援専門員の場合、氏名欄には事業所名と所員名を併記し、電話番号は事業所のものを記入してください。

上記、委任事実に相違ありません。