

沖縄県介護保険広域連合長 あて

委 任 状

年 月 日

(本人) 住 所 : _____
氏 名 : _____
連絡先 : _____

私は、下記の者を私の代理人と定め、介護保険負担割合証の再交付申請及び受領に関する権限を委任します。

(代理人) 住 所 : _____
氏 名 : _____
委任者との関係 : _____
連絡先 : _____

(注意事項)

- ① 委任する本人がすべて記入してください。
※本人が自署しない場合は、記名押印してください。
- ② 代理人の本人確認書類が必要となります。