介護保険減額認定証等の代理受領に係る委任状

平成　　年　　月　　日

伊万里市長　様

（委任者）住所　〒　　-

電話番号　（　　）　　－

被保険者番号

氏名　　印

生年月日　Ｍ．Ｔ．Ｓ．Ｈ　　年　　月　　日

私は、下記のものを代理人と定め、介護保険に係る減額認定証等の受領を委任いたします。

平成　　年　　月　　日

（代理人）

住所（介護支援専門員等の場合は事業所所在地）

〒　　-

電話番号　（　　）　　－

（介護支援専門員等の場合は事業所名）

氏名

受付者