

# 委 任 状

年 月 日

猪名川町会計管理者 様

代理人氏名 (受取人)		委任者との 関係	
代理人住所			

上記代理人に (該当個所を○で囲んでください)

高額介護サービス費・福祉用具購入費・住宅改修費・その他 ( )

の受領に関する権限を委任します。

尚、代理人の変更及び委任を停止する場合は、その都度、申し出を行ないます。

委任する人 (介護保険の被保険者本人)	
被保険者番号	
住 所	
氏 名	印