**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 |