委　任　状

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 代理人 | 住　　所 |  | | |
| ふりがな  氏　　名 |  | 本人との関係 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | |

上記の者を私の代理人と定め、下記の「 〇 」を付した受領に関して委任します。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 高額介護サービス費 |
|  | 高額医療合算介護サービス費 |
|  | 介護保険利用者負担額支給費 |
|  | 介護保険負担割合証交付（再交付） |
|  |  |

　　　年　　月　　日

（あて先）

滑川町長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 委任者 | 住　　所 |  |
| ふりがな  氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |

※以下、職員記入欄

受領日　　　　　　年　　　月　　　日

受領確認者　　　　　　　　　　　　　　受付担当者