

委任状

私 _____ は、下記の者を代理人と定め、
介護予防・日常生活支援総合事業費（※）の
受領に関する権限を委任します。

年 月 日

委任者
(被保険者)

住所

氏名

(自署又は記名・押印)

代理人

所在地

法人名

事業所名

代表者名

※訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス費

委任状

私 加古川 太郎 は、下記の者を代理人と定め、
介護予防・日常生活支援総合事業費（※）の
受領に関する権限を委任します。

〇〇年 △月 ×日

自署でない場合は押印が必要です
ので、氏名の右横に認印を押して
ください。

委任者
(被保険者)

住所

委任者の住所

氏名

委任者の氏名

(自署又は記名・押印)

代理人

所在地

代理人の所在地

法人名

代理人の法人名

事業所名

代理人の事業者名

代表者名

代理人の代表者名

※訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス費