

代理権授与通知書

年 月 日

藤井寺市長 様

委任者
(被保険者)

住所 _____

氏 名 _____ 印

生年月日 明・大・昭 年 月 日

下記の者を代理人として、藤井寺市から支給される介護保険の保険給付分の受領を委任しましたので、通知します。

代理人

住所 _____

氏 名 _____ 印

生年月日 明・大・昭 年 月 日

被保険者との続柄 _____