委 任 状

藤井寺市長　様

私は、介護保険負担限度額認定の申請について下記の者に委任します。

令和　　　年　　月　　日

被保険者　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

代理人 　 住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

被保険者との関係

電 話 番 号　　　（　　　　）