

年 月 日

# 委任状

瀬戸内市長

被保険者（委任する人）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

※署名または記名・押印

代理人（委任される人）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

※署名または記名・押印

年 月 日申請の

介護給付費通知

その他（ ）

上記の受領に関する一切の権限について委任します。