

年 月 日

委任状

揖斐広域連合長 様

委任する人（被保険者）

住 所

氏 名



私は次の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

<p>委任される人（代理人）</p> <p>住 所 (及び事業所名)</p> <p>氏 名 (代表者氏名)</p>
<p>委任事項（該当項目を選択してください。）</p> <p><input type="checkbox"/> 高額介護（介護予防）サービス費の受領に関する事。</p> <p><input type="checkbox"/> 居宅介護（居宅支援）福祉用具購入費の受領に関する事。</p> <p><input type="checkbox"/> 居宅介護（居宅支援）住宅改修費の受領に関する事。</p> <p><input type="checkbox"/> その他の受領に関する事。</p>