**委　任　状**

　　　　年　　　　月　　　　日

彦根市長　　　　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 委任者（被保険者） | |
| 住所 | 〒　　　　　　－ |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭 　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 電話番号 | －　　　　　－ |

私は、下記の者を代理人として認め、私自身に係る高額介護（介護予防）サービス費・高額介護予防サービス費相当の領収に係る権限を委任いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受任者（代理人） | | | |
| 住所 | 〒　　　　　　－ | | |
| 氏名 |  | 続柄 |  |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | |
| 電話番号 | －　　　　　－ | | |