

# 委任状

印

年 月 日

〈委任者〉 住所

氏名

印

生年月日 年 月 日

電話 ( )

私は、下記の者を代理人として、

介護保険料還付金 の受領

その他 ( )

の権限を委任します。

〈代理人〉 住所

氏名

電話 ( )

本人との関係