

委任状

令和 年 月 日

江 差 町 長 様

代理人（委任を受ける方）

氏 名		本人との 関係	
住 所	〒 電話（ ）		

私は、上記の者を代理人と定め、介護保険負担限度額認定の申請を委任します。

ご本人（委任をする人）

氏 名		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日
住 所	〒 電話（ ）		

認定結果の送付先に希望がある場合は、下記に○を付けるか、具体的にご記入ください。

認定結果 送付先	本人宅 ・ 施設 ・ 代理人宅 その他（ ）
-------------	---------------------------

※送付先の記載がない場合は、本人の住所地に結果を送付します。