

# 委任状

池田町長 様

私は下記の者を代理人と定め、介護保険料納付証明書の受領に関する権限を委任いたします。

年 月 日

委任者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 明治・大正  
昭和・平成 年 月 日

代理人

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 明治・大正  
昭和・平成 年 月 日

電話 \_\_\_\_\_

本人との関係 \_\_\_\_\_