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　＿＿＿＿＿＿＿＿年　　月　　日

代理人

住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　＿＿＿＿＿＿＿＿年　　月　　日

電話　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人との関係　＿＿＿＿＿