委　任　状

受任者（代理人）

住所

氏名

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。

　　　年　　　月　　　日

広野町長　様

委任者（被保険者）

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印