

年 月 日

委任状

揖斐広域連合長 様

委任する人（被保険者）

住 所

氏 名

私は次の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

委任される人（代理人）

住 所
(及び事業所名)

氏 名
(代表者氏名)

委任事項（該当項目を選択してください。）

高額介護（介護予防）サービス費の受領に関する事。

居宅介護（居宅支援）福祉用具購入費の受領に関する事。

居宅介護（居宅支援）住宅改修費の受領に関する事。

その他

の受領に関する事。