

委任状

年 月 日

代理人 (窓口に来る人)	現住所	〒
	氏名	連絡先 電話番号 (ふりがな)
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日

私は上記の者を代理人と定め、介護保険関係申請に係る私の個人番号提供の権限を委任します。

本人 (委任した人)	現住所	〒
	氏名	(ふりがな) ⑩
生年月日		明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日
連絡先		電話番号