

委 任 状

このたび、次の者を代理人と定め下記事項を委任すると共に、受け取りうる金銭を代理人が收受することを認めます。

受任者
(代理人)
住 所
氏 名

金 額

		拾万	万	千	百	拾	円
--	--	----	---	---	---	---	---

- ※ 介護保険給付額の金額をご記入下さい。
- ※ 金額はアラビア数字でご記入の上、頭部に¥をつけて下さい。
- ※ 金額の訂正は認められません。

(委任事項)

粕屋町より支給される上記金額の請求並びに受領に関する件
(但し、粕屋町介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費)

粕屋町長 様

年 月 日

住 所 粕屋町
委任者
(被保険者)
氏 名

(印)

※自筆署名の場合、押印不要です。