

年 月 日

十和田市長 小山田 久 様

## 委 任 状

### 【代理人】

住 所	
氏 名	
生 年 月 日	
委任者との関係	

※ 施設職員、担当ケアマネージャー等が代理人となる場合は、事業所の住所ではなく代理人自身のご住所をご記入ください。

私は、介護保険被保険者証、資格者証、受給資格証明書、負担限度額認定証、負担割合証の（再）交付申請につき、上記の者を代理人と定め、その権限を委任します。

### 【委任者】

住 所	
氏 名	印
生 年 月 日	
連 絡 先	