

委 任 状

年 月 日

大村市長 様

委 任 者 住所
(被保険者) 氏名 印
被保険者番号

私は、下記の者を代理人と定め、介護認定資料の閲覧及び写しの請求に関する一切の手続を委任します。

記

受 任 者 住所
氏名