

委 任 状

年 月 日

大村市長 様

委任者
(被保険者)

住所

氏名

印

被保険者番号

私は、下記の者を代理人と定め、大村市から支払を受ける介護保険の住宅改修又は福祉用具購入に係る給付費の受領に関する一切の権限を委任します。

記

受任者
(事業者)

住所

氏名