|  |
| --- |
| 委　　任　　状≪受任者≫ 住 所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 受任者氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生 年 月 日 ： 　　　　　　　年　　　 月　　 　日 生 委任者との続柄 ： 上記の者に、私の介護保険給付の受領に関する一切の権限を委任します。年　　 月　　 日 ≪委任者≫ 住 所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 委任者氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印生 年 月 日 ： 　　　　　　　年　　　 月　　 　日 生 　宇土市長　様 |

※ 会計課窓口で受け取りを希望される方は、受任者の印鑑と身分を証明できるものを持参してください。