

代理人選任届

代理人 住 所 _____

氏 名 _____

大正・昭和・平成・西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

私は、上記の者を代理人に選任し、次のものを受領することを委任したいのでお届けします。

1. 介護保険被保険者証
2. 資格者証
3. 受給資格証明書
4. 負担限度額認定証（特定負担限度額認定証）
5. 訪問介護利用者負担額減額認定証
6. 負担割合証

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

加 賀 市 長

住 所 _____

氏 名 _____ 印

大正・昭和・西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日生