

負担割合証
再交付

委任状

令和 年 月 日

被 保 険 者	氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	住所	

次の者に、私の「介護保険負担割合証」再交付申請に関する一切の権限を委任します。

氏名	
住所	
被保険者との続柄	