

委任状

平成 年 月 日

伊丹市長様

住所 〒

氏名 印
(被保険者番号)

私議、伊丹市より支払われる高額介護（予防）サービス費等の受領に関する一切の
権限を下記の者に委任します。

記

受任者 住所 〒

氏名 印
電話