

委任状

年 月 日

伊 丹 市 長 様

住 所 〒

氏 名

(被保険者番号)

※本人が自署しない場合は、記名押印してください。

私は、伊丹市より支払われる介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費の受領に関する一切の権限を下記のものに委任します。

記

受任者 住 所

氏 名

電 話