

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。

私議、伊丹市より支払われる介護保険居宅介護（介護予防）特定福祉用具購入費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
電話