

委 任 状

年 月 日

幕別町長 様

委任者 住 所  
氏 名

※本人が手書きできない場合は、記名押印してください。

私は、幕別町介護保険サービス利用者負担軽減制度実施要綱第7条第2項の規定に基づき、軽減額の支給に係る請求及び受領に関する権限を次の者に委任します。

記

上記委任につき承諾しました。

年 月 日

受任者 住 所  
氏 名  
代表者氏名