委 任 状

（あて先） 福岡県介護保険広域連合長

私の介護保険料納付証明書の交付について、下記代理人が申請・受領することを委任します。

平成　　年　　月　　日

代理人	フリガナ	
	氏 名	
	住 所	〒

被保険者	フリガナ	
	氏　名	印
	被保険者番号	
	住　所	〒 （電話番号）
	生年月日	□明治　□大正　□昭和　　年　　月　　日