平成　　　年　　　月　　日

**委　任　状**

下野市長あて

（代理人）

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

生年月日　　　明・大・昭・平　　　　　　年　　月　　日

私は上記の者を代理人と定め、介護保険にかかる各種申請または届出において必要となる個人番号の提供に関する権限を委任します。

（被保険者）

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

生年月日　　　　明・大・昭・平　　　　　　年　　月　　日