委任状

年　　月　　日

阿久比町長　殿

〈被保険者〉

氏名	印	生年月日	年　　月　　日
住所	〒		

下記の者に手続きを委任します。

〈手続きを行う者〉

氏名		被保険者との関係	
住所	〒		
手続きの内容			

本人確認書類（町確認用）
〈１点確認〉 □運転免許証　□個人番号カード　□パスポート　□その他（　　）
〈２点確認〉 □介護保険被保険者証　□介護保険負担割合証　□医療保険証　□その他（　　）