

代理人選任届

代 理 人	住 所	有田川町大字		
	氏 名			
	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成	年	月 日
	電話番号	— —		

委任事項	☐ 介護保険 被保険者証
	☐ 介護保険 資格者証
	☐ 介護保険 受給資格証明書
	☐ 介護保険 負担割合証
	☐ 介護保険 負担限度額認定証
	☐ その他 () ()

上記の者を私の代理人に選任し、その事項に関する権限を委任します。

令和 年 月 日

有田川町長 様

委 任 者	住 所	有田川町大字
	氏 名	印

※町記入欄 代理人本人確認書類

運転免許証 ・ 健康保険証 ・ 障害者手帳 ・ パスポート ・ マイナンバーカード ・ その他