

## 委 任 状

私は、下記の者に、介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証の受領を委任します。  
介護保険負担割合証には本人の所得に応じて、サービスの負担割合が表示されますが、負担割合を受任者が把握することについても同意します。

年 月 日

委 任 者	住 所	
	氏 名	印

受 任 者	地域包括支援センター・ 居宅介護支援事業所名称	
	住 所(所在地)	
	氏 名	