

委 任 状

(あて先)
旭川市会計管理者

受任者

住 所

氏 名

私は、上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

1. 年 月 日付で申請する介護保険居宅サービス利用料負担軽減対策事業費に係る旭川市から支給される償還金の受領についての一切の権限。

年 月 日

委任者（被保険者）

住 所

氏 名

印