

令和 年 月 日

新 宿 区 長 宛て

委 任 状

委任者（被保険者本人）

住所：_____

氏名：_____

私は下記の者を代理人と定め、介護保険負担限度額認定の申請に関する権限を委任します。

代理人

住所：_____

氏名：_____

連絡先：_____