

委任状

令和 年 月 日

私は、_____を代理人と定め、高額介護合算療養費
〔高額医療合算介護（予防）サービス費〕の（申請・受領）に関する
権限を委任する。

*申請・受領のいずれか又は両方に○をつけてください。

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

(後期高齢者医療被保険者番号 _____)

(介護保険被保険者番号 _____)

代理人 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

連絡先 _____

(あて先) _____ 市区町村長

(あて先) 埼玉県後期高齢者医療広域連合長