

委任状

令和 年 月 日

柏崎市長 様

介護保険被保険者 住所
(委任者)

氏名

下記の者を私の代理人と定め、介護保険居宅介護（介護予防）サービス費、特例居宅介護（介護予防）サービス費、地域密着型介護（介護予防）サービス費、特例地域密着型介護（介護予防）サービス費、居宅介護（介護予防）サービス計画費、特例居宅介護（介護予防）サービス計画費、施設介護サービス費、特例施設介護サービス費、高額介護（介護予防）サービス費、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費、居宅介護（介護予防）住宅改修費、特定入所者介護（介護予防）サービス費、特例特定入所者介護（介護予防）サービス費の受領に関する一切の権限を委任したので届け出ます。

代理人 住所
(受任者) 氏名

生年月日 大・昭・平 年 月 日生

電話番号 ()

被保険者との続柄

口座振替支払申込書

令和 年 月 日

柏崎市会計管理者 様

代理人 住所
(受任者) 氏名

貴市から支給される介護保険居宅介護（介護予防）サービス費、特例居宅介護（介護予防）サービス費、地域密着型介護（介護予防）サービス費、特例地域密着型介護（介護予防）サービス費、居宅介護（介護予防）サービス計画費、特例居宅介護（介護予防）サービス計画費、施設介護サービス費、特例施設介護サービス費、高額介護（介護予防）サービス費、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費、居宅介護（介護予防）住宅改修費、特定入所者介護（介護予防）サービス費、特例特定入所者介護（介護予防）サービス費については、下記金融機関の口座への振込みを申し込みます。

金融機関名	銀行・農協・金庫・信用組合
	本店・支店・支所・出張所
口座番号	普通 ・ 当座
フリガナ	
口座名義人	