委　任　状

令和　　年　　月　　日

（あて先）鎌倉市長

住　　所

氏　　名

**委任者**

生年月日

電話番号　　　　　　（　　　　　）

私は、下記の者を代理人と定め、介護保険被保険者証等再交付申請に関する権限を委任します。

住　　所

氏　　名

**代理人**

電話番号　　　　　　（　　　　　）

本人との続柄