受　領　証

被保険者番号											受領日	令和　　年　　月　　日

白浜町長　殿

私は、本日（1　介護保険被保険者証　2　介護保険負担限度額認定証　3　その他（　　））を確かに受領いたしました。

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

生年月日　　大・昭・平　　年　　月　　日

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人確認書類	

（委任状）

代理人の住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　　大・昭・平　　年　　月　　日　本人との関係＿＿＿＿＿＿

私は上記のものを代理人と定め（1　介護保険被保険者証　2　介護保険負担限度額認定証　3　その他（　　））の受領に関する権限を委任します。

記入日　　令和　　年　　月　　日

本人の住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

生年月日　　明・大・昭　　年　　月　　日