提 出 依 頼 状

年　　　　月　　　　日

（あて先）

　　青 森 市 長

【被 保 険 者 本 人】

住　所　　青森市

　　氏　名

　　　　　　　　　　　（電話番号　　　　－　　　－　　　　）

　私は下記の者に、「介護保険負担限度額認定申請書」の提出を依頼します。

記

【依 頼 を 受 け る 者】

住　所　　青森市

　 事業者名

　　氏　名

　　　　　　　　　　　（電話番号　　　　－　　　－　　　　）

被保険者との関係