委　任　状

令和　　年　　月　　日

栃木市 会計管理者

　様

委任者　　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

私は、栃木市から受ける　介護保険給付額減額措置に係る給付　の受領に関する一切の権限を

（住所）　　　　　　　　　　　　　　　　　（氏名）　　　　　　　　様に

委任します。