

年 月 日

# 委任状

## 【委任する方】

(住 所) \_\_\_\_\_

(氏 名) \_\_\_\_\_

(生年月日) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

私は、下記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

【委任事項】 ※該当する項目に✓をお願いします。

- 医療福祉費資格取得・喪失
- 医療福祉費支給
- 保険変更・住所変更・口座変更等
- 再交付
- その他

に関する  申請 ・  受領

情報連携における地方税情報の照会及び取得に関すること

## 【窓口に来られる方】

(住 所) \_\_\_\_\_

(氏 名) \_\_\_\_\_

(生年月日) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※代理人の方は、本人確認書類をお持ちください。

(顔写真付のものは1点、その他は2点必要です)