委任状

年 月 日

小 野 市 長 あて

住 所 _____

申請者（委任者）氏 名 _____

電話番号（ ） _____

国民健康保険・福祉医療に関する申請及び受領について、
下記の者を代理人と定め、権限を委任します。

住 所 _____

受任者（代理人）氏 名 _____

電話番号（ ） _____

続柄 _____

- ※注1 この委任状に、申請者の本人確認書類の写しを添付してください。
受任者が来庁される際は、受任者の本人確認書類を持参してください。
本人確認書類の原本を確認のうえ、写しをいただきます。