

この委任状は同一世帯以外の方が来庁される場合に必要となります。

※印鑑は、インク浸透式印（スタンプ）は不可です。

委 任 状

窓口に来られる方
(代理人)

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 (大・昭・平) _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 (_____) _____ - _____

私は、上記の者を代理人と定め、福祉医療の申請および証書等の受領に関する権限を委任します。

なお、本委任状の有効期限は、記入日から3ヶ月までとする。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

依頼する方
(受給者)

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

生年月日 (大・昭・平) _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 (_____) _____ - _____

この欄はすべて依頼する方(受給者)が記入してください。記入・押印漏れは無効です。

代理人署名

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

上記内容は公正であると認め署名します。

この欄は窓口に来庁される方が記入してください。