

この委任状は同一世帯以外の方が申請される場合に必要となります。

※インク浸透式印（スタンプ印）は不可。

委 任 状

(この欄はすべて、受給者の方が記入してください。記入・押印漏れは無効です)

申請する方（代理人）

住 所 _____

氏 名 _____ 受給者との関係 _____

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受給者証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。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

依頼する方（受給者）

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 (大・昭・平) _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 (_____) _____ - _____

(この欄は申請を行う代理人の方が記入してください)

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。

*委任状を取るのが困難な場合は、下呂市市民課担当者までご連絡ください。

*委任状に限らず、委任の旨を明らかにできる書類をご提出いただければ、代理でお手続きいただけます。

*代理人の方が申請手続きをされる際、代理人の方の本人確認書類も必要となります。