

委 任 状

年 月 日

(宛先) 各務原市長

代理人 (窓口に来る方)	住 所
	フリガナ
	氏 名
	委任者との関係
	生年月日 年 月 日
	電話番号

上記の者を代理人と定め、下記に関する一切の権限を委任します。

委任事項	☐ がん患者医療用補正具購入費助成申請 ☐ 健康診査等各種検(健)診一部負担金免除申請 ☐ 予防接種一部負担金免除申請 ☐ 60～64歳定期予防接種予診票兼接種券交付申請 ☐ その他 ()
委任者 (本人)	住 所
	フリガナ
	氏 名
	生年月日 年 月 日
	代筆者 (※委任者が自筆困難な場合、本人同意の上代筆してください)

※この委任状は、委任者(本人)がすべて記入してください。
(パソコンなどによる入力是不可)

※代理人(窓口に来る方)は、自身の本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証等)を提示してください。

代理人確認	マイナンバーカード・運転免許証・その他 ()
-------	-------------------------