

# 委 任 状

令和 年 月 日

桜井市長様

## 委任者

住 所

---

氏 名

---

生年月日 大正 昭和 平成 年 月 日

---

電話番号 — —

---

私は、下記の者を代理人と定め、次の事項の権限を委任します。

( ↓ 委任する事項にチェック  してください )

国民健康保険に関する一切の権限

その他 ( 内容 : )

## 代理人

住 所

---

氏 名

---

電話番号 — —

---

委任者との続柄

---

※ 委任状は委任者本人が記入してください。

※ 代理人は窓口にて本人確認書類(運転免許証等)をご提示ください。