委　任　状

（代理人）住　所

氏　名

電話番号　（　　）　　－

私は、上記の者を代理人として委任します。

（委任事項）

国民健康保険に関する手続きすべて。

国民年金に関する手続きすべて。

後期高齢者医療保険に関する手続きすべて。

福祉医療に関する手続きすべて。

その他（　　）

令和　　年　　月　　日

東浦町長　様

（委任者）住　所

氏　名　　印

生年月日　昭和・平成　　年　　月　　日

電話番号　（　　）　　－

（代理人の方へ）
手続きする際に、代理人の身分証明書と印鑑（朱肉印）をお持ちください。