

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認印（朱肉印）をお持ちください。