

# 委任状

年 月 日

(宛先) 山ノ内町長

受任者 (代理人)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 委任者との続柄 ( )

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

私は、上記の者を代理人と定め、養育医療給付申請に伴う個人番号提供に関することについて、権限を委任します。

委任者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊟

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

※委任者は自署押印してください。

※委任状の提出とともに、来所した方が委任状を受けた代理人本人であることが確認できるものを提示してください。