|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 委　　任　　状  　　　令和　　　年　　　月　　　日  茅野市長あて  私は、下記の者を代理人として、次のことを委任します。 | | | | |
| **委任者** | | 住　　所 | | |
| 氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | |
| 電話番号　　　　　　－　　　　　－ | | |
| 記 | | | | |
| **代理人**  (窓口へ来る人) | | 住　　所 | | |
| 氏　　名 | | |
| 電話番号　　　　　　－　　　　　－ | | |
|  | | | | |
| 委任する事項（該当の番号に○をしてください。） | | | | |
| １ | 国民健康保険異動届 | | | |
| ２ | 国民健康保険被保険者証等再交付申請 | | | |
| ３ | 国民健康保険 | | 限度額適用  限度額適用・標準負担額減額 | 認定申請 |
| ４ | 福祉医療費受給者証交付申請 | | | |
| ５ | 福祉医療費受給資格等変更届 | | | |
| ６ | 福祉医療費受給者証再交付申請 | | | |
| ７ | その他（具体的に記入してください。） | | | |
|  |  | | | |

※注意事項　１　署名、押印は必ず委任者が行ってください。

２　代理人の方は、運転免許証など本人確認ができるものをご持参ください。