

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 ⑩
	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	国民健康保険資格確認書等再交付申請		
3	国民健康保険 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>限度額適用</td></tr><tr><td>限度額適用・標準負担額減額</td></tr></table> 認定申請	限度額適用	限度額適用・標準負担額減額
限度額適用			
限度額適用・標準負担額減額			
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
- 署名、押印は必ず委任者が行ってください。
 - 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。