

申請

委任状

年 月 日

(あて先) 大和郡山市長

【委任者】

(申請者)

住所

氏名

生年月日

年

月

日

私は、下記の者を代理人と定め、福祉医療費助成の申請に関する手続の権限を委任します。

【代理人】

(窓口に来られる方)

住所

氏名

委任者との続柄

※来庁時に、代理人の本人確認をさせていただきます。

運転免許証などご本人確認ができるものをご持参ください。

市役所使用欄

代理人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	受給者番号
	<input type="checkbox"/> その他 ()		()