個人番号利用事務に関する委任状

代理人

住所

氏名

生年月日　　明治・大正・昭和・平成　　　年　　月　　日

　私に係る介護保険　　　　　　　　　について、上記の者を私の代理人として定め、その一切の権限を委任します。

　　年　　月　　日

委 任 者

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

生年月日　　明治・大正・昭和・平成　　　年　　月　　日

電話番号　　　　　　（　　　　）

　　　　　　　日の出町長　殿

＊窓口で、代理人の本人確認をさせていただいております。