

# 委任状

住 所  
(代理人) 氏 名  
電話番号

私に係わる国民健康保険の 食事療養標準負担額差額の受領 について上記の者を代理人とし、その権限を委任しましたのでお届けします。

年 月 日  
(提出先) 川 越 市 長

住 所  
(委任者) 氏 名  
電話番号

※ 署名又は記名押印をしてください。

※申請者(世帯主)以外の名義の口座(公金受取口座を含む)にお振込みをする場合、  
委任状が必要です。