

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）以外の名義の公金受取口座にお振込みをする場合、
委任状が必要です。