

# 委任状

〒 ー

代理人住所 .....

代理人氏名 .....

代理人生年月日 .....年 月 日

代理人連絡先 TEL ー ー .....

上記の者を代理人とし、下記の権限を委任します。

1. 後期高齢者医療制度における関係書類の送付先手続きに関する一切の権限

年 月 日

(提出先) 川越市長 川合 善明

〒 ー

委任者住所 .....

委任者氏名 .....印

委任者生年月日 .....年 月 日

委任者連絡先 TEL ー ー .....