

委任状

代理人

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

私は、上記の者を代理人と定め、以下の事項を委任いたします。

委任事項

添田町重度障害者医療に係る申請及び申請に必要な地方税関係情報取得の同意

年 _____ 月 _____ 日

委任者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日