

委 任 状

私は、下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療の手続きに関する権限を委任します。

令和 年 月 日

愛川町長 殿

委任者 住 所

氏 名

生年月日

受任者 住 所

氏 名

(続柄:)

生年月日

電話番号

※委任者の方がすべてご記入ください。