

# 委任状

年 月 日

(あて先) 多古町長 所 一 重

代理人 (窓口に来た人)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

委任者との関係 \_\_\_\_\_

私は上記の者を代理人とし、以下の手続き及び同手続きの処理に必要な範囲で、私のマイナンバーを提供することについて委任いたします。

- 児童手当・特例給付に関する手続き
- 子ども医療費助成に関する手続き
- 高校生等医療費助成に関する手続き
- 未熟児養育医療に関する手続き
- その他 ( 児童扶養手当の認定請求・児童手当の窓口受け取り )

委任者 1 (保護者※申請者)

委任者 2 (配偶者または同居の親族)

住所 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日