

委任状

年 月 日

能代市長 宛

代理人 (頼まれた人)	住所	
	氏名	
	電話番号	

私は、上記の者を代理人とし、福祉医療費申請に関することについて委任します。

委任者 (頼む人)	住所	
	氏名	
	生年月日	年 月 日

<本人(代理人)確認書類> ※顔写真のないものは、2点確認すること。

- 運転免許証 マイナンバーカード 身体障害者手帳 パスポート
医療保険証 介護保険証 () ()