

委任状

年 月 日

委任者

住所

氏名

印

連絡先

生年月日 年 月 日

次の者を代理人と定め、以下の権限を委任します。

〔 産前産後期間に係る国民健康保険税軽減届出書に関する事 〕

代理人

住所

氏名

連絡先

生年月日 年 月 日

※代理人の本人確認書類(マイナンバーカードや運転免許証等)をお持ちください。