

委任状

私(申請者)は、下記の者を代理人と定め、調整給付金（不足額給付分）の確認・請求及び受給に関する権限を委任します。

記

代理人 住 所 _____
氏 名 _____
生年月日 _____

なお、私と代理人との関係は、次のとおりです。
(どちらかの番号に○をつけてください。)

- 1 法定代理人
親権者、未成年後見人、成年後見人、代理権付与の審判がなされた保佐人及び代理権付与の審判がなされた補助人
- 2 その他
親族その他の平素から支給対象者本人の身の回りの世話をしている者等で市長が特に認める者

※ 代理人の本人確認書類の写しを添付してください。

令和 年 月 日

委任者 住 所 _____
(申請者)
氏 名 _____ 印