委　　任　　状

私は、次の者を代理人と定め、下記の行為を委任します。

□委任者の住所と同じ

（代理人）住　　所：

氏　　名：　　（委任者との続柄）

生年月日：　　年　　月　　日

※ 代理人の方は、身分証明書と印かんをご持参ください。

記

木津川市国民健康保険被保険者証更新に係る相談及び被保険者証を受領すること。

年　　月　　日

木 津 川 市 長　　様

納税義務者
（世帯主）

住　　所：木津川市

氏　　名：　　㊞

電話番号：