|  |
| --- |
| 委　任　状  　いなべ市長　あて  住　所  代　理　人　　氏　名  委任者との続柄  私は、上記の者を代理人と定め、いなべ市が福祉医療費受給資格認定（更新）事務に必要な地方税関係情報を取得するため、個人番号を提供する権限を委任します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  住　所  委　任　者　　氏　名  生年月日　　　　　　年　　月　　日 |

※この書類は、全て委任者本人が自署して下さい。