

委任状

(代理人)

住所

氏名

私は、上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

大阪府後期高齢者医療

の届出

令和 年 月 日

(委任者)

住所

氏名

(委任者が手書きしていない場合は、記名押印してください)

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日

電話番号

※この委任状は、必ず本人が作成してください。

※この委任状と来られる方(代理人)の本人確認できるもの(免許証、
パスポート等)及び認印をお持ちください。