

# 委任状

令和 年 月 日

臼杵市長 中野 五郎 様  
大分県後期高齢者医療広域連合長 様

委任者 住所

---

氏名

---

生年月日 明・大  
昭・平 年 月 日

---

電話番号

---

私は、下記の者を代理人と定め、国民健康保険税・介護保険料・後期高齢者医療保険料の減免申請に関する権限を委任します。

代理人 住所

---

氏名

---

電話番号

---