

委任状

代理人	住所			
	氏名	生年月日	大・昭・平	年 月 日

私は、上記の者を代理人として、健康診査費用免除に関する下記の権限を委任します。

免除決定に必要な私及び私と同一世帯の者の市民税課税状況、または私の生活保護受給状況についての調査を受けることに同意します。

〈委任する内容□にチェック〉

健康診査費用免除に係る申請

健康診査費用免除決定通知書窓口受取（委任がない場合、対象者へ郵送します）

令和 年 月 日

加古川市長 様

住所 _____

氏名 _____

生年月日 大・昭・平 年 月 日 _____