

※認定証が必要な方と別の世帯の方が手続される場合は、こちらの欄に記入してください。

委 任 状

代理人 氏名 \_\_\_\_\_ ⑨ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 住所 \_\_\_\_\_

わたくしは、上記の者を代理人と定め、国民健康保険限度額適用・標準負担減額認定申請に関する一切の権限を委任します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

委任者 氏名 \_\_\_\_\_ ⑨ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 住所 \_\_\_\_\_

|      |      |                                                                             |        |    |     |     |
|------|------|-----------------------------------------------------------------------------|--------|----|-----|-----|
| 市処理欄 | 適用区分 | 「ア」 所得901万円超                                                                | 国保税の滞納 | 課長 | G L | 担 当 |
|      |      | 「イ」 所得600万円～901万円以下<br>「ウ」 所得210万円～600万円以下<br>「エ」 所得210万円以下<br>「オ」 住民税非課税世帯 | 有 ・ 無  |    |     |     |