

# 委 任 状

柏市長 あて

令和 年 月 日

委任者（世帯主または本人）

住 所 柏市

氏 名 ⑩

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

下記の者を代理人と定め、柏市国民健康保険限度額適用認定証（限度額適用・標準負担額減額認定証）の申請及び受領の権限を委任します。

記

代理人（委任者との続柄— ）

住 所

氏 名

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

電話番号 ( )