

委任状

代理人住所 :
代理人氏名 :
申請・請求者との関係 :
代理人電話番号 :

私（申請・請求者）は、柏市定額減税補足給付金（不足額給付）
の申請・受給を上記の代理人に委任します。

令和 年 月 日

申請・請求者 :
生年月日 :
住所 :
電話番号 :

【その他必要書類】

別紙の「手続きをできる方・代理人が手続きを行う場合の必要書類
について」に記載の書類をそろえてください。