**委任状**

**代理人　（来庁者）**

住所

氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　委任者との続柄（　　　　　）

電話番号

私は、上記の者を代理人と認め、マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請について委任します。

年　　　月　　　日

（宛先）時津町長

**委任者**

住所

氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号