**委　任　状**

**（来庁者）**

　　住　　所

　　氏　　名

　　生年月日　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

　　上記の者を私の代理人として選任し、

　　私の後期高齢者医療制度に関する権限の行使を委任します。

　　　令和　　　年　　　月　　　日

**（依頼者）**

　　住　　所

　　氏　　名

　　生年月日　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

　　東　御　市　長　殿