

# 委任状

(あて先) 長浜市長 様

令和 年 月 日

長浜市会計管理者 様

滋賀県後期高齢者医療広域連合長 様

委任者	住 所 _____
	氏 名 _____ ※自署以外の場合は押印が必要です
	生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	電話番号 _____

私は、次の者を代理人と定め、下記の事項を委任します。

代理人	住 所 _____
(窓口に来られる人)	氏 名 _____
	生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

## ○委任事項 (当てはまるものにチェックをしてください。)

<input type="checkbox"/> 住民票・戸籍証明書等の交付申請および受領 *戸籍の場合、必要な戸籍の本籍地を記入〔本籍：滋賀県長浜市 _____〕
<input type="checkbox"/> 住所異動(転入・転出・転居)・世帯異動等の届出
<input type="checkbox"/> 印鑑登録・廃止の手続き (登録の場合、登録申請する印鑑を委任者欄に押印してください)
<input type="checkbox"/> 税・料に関する証明書等の交付申請と受領、これらに関する各種手続き(納付含む)
<input type="checkbox"/> 税・料に関する各種申告
<input type="checkbox"/> 資格取得・喪失等に関する手続き (国民健康保険・国民年金・後期高齢者医療・福祉医療)
<input type="checkbox"/> 証の受領 (国民健康保険・後期高齢者医療・福祉医療)
<input type="checkbox"/> 限度額適用 (標準負担額減額) 認定に関する手続き (国民健康保険・後期高齢者医療)
<input type="checkbox"/> 次の支払金の受領に関すること (当てはまるものにチェックをしてください。)
<input type="checkbox"/> 国民健康保険高額療養費
<input type="checkbox"/> 国民健康保険療養費・出産育児一時金・葬祭費
<input type="checkbox"/> 医療費 (福祉医療制度)
<input type="checkbox"/> 市税・国民健康保険料・後期高齢者医療保険料の還付金
<input type="checkbox"/> その他 [ _____ ]

※ 委任する本人がすべて記入してください。

※ 原本をお持ちください。メール、コピー、FAX、画像をプリントアウトした委任状は受付できません。

※ 委任状がある場合でも、即時交付等ができないものもあります。

(国保証の即時交付および代理受領は、郵便局から返送された場合に限りです。)

※ 代理人の方は、マイナンバーカード・運転免許証・パスポートなど、顔写真入りの本人確認書類をお持ちください。

※ 委任状の偽造または偽造した委任状を行使した場合、刑法第159条、第161条 により罰せられます。

※ マイナンバーカードに関する手続きは、原則本人が行ってください。なお、やむを得ない理由により、代理人による手続きを希望する場合は、あらかじめ市民課までご相談ください。

# 委任状

(あて先) 長浜市長 様

長浜市会計管理者 様

滋賀県後期高齢者医療広域連合長 様

令和 ○年 ○月 ○日

委任者	住 所	長浜市八幡東町632番地
	氏 名	長浜 花子 ※自署以外の場合は押印が必要です
	生年月日	昭和62年 5月 5日
	電話番号	090-1234-5678

私は、次の者を代理人と定め、下記の事項を委任します。

代理人	住 所	長浜市木之本町木之本1757番地2
(窓口に来られる人)	氏 名	木之本 次郎
	生年月日	昭和60年 3月 3日

## ○委任事項 (当てはまるものにチェックをしてください。)

<input type="checkbox"/> 住民票・戸籍証明書等の交付申請および受領 *戸籍の場合、必要な戸籍の本籍地を記入〔本籍：滋賀県長浜市〕
<input type="checkbox"/> 住所異動(転入・転出・転居)・世帯異動等の届出
<input type="checkbox"/> 印鑑登録・廃止の手続き (登録の場合、登録申請する印鑑を委任者欄に押印してください)
<input checked="" type="checkbox"/> 税・料に関する証明書等の交付申請と受領、これらに関する各種手続き(納付含む)
<input checked="" type="checkbox"/> 税・料に関する各種申告
<input type="checkbox"/> 資格取得・喪失等に関する手続き (国民健康保険・国民年金・後期高齢者医療・福祉医療)
<input type="checkbox"/> 証の受領 (国民健康保険・後期高齢者医療・福祉医療)
<input type="checkbox"/> 限度額適用 (標準負担額減額) 認定に関する手続き (国民健康保険・後期高齢者医療)
<input type="checkbox"/> 次の支払金の受領に関すること (当てはまるものにチェックをしてください。)
<input type="checkbox"/> 国民健康保険高額療養費
<input type="checkbox"/> 国民健康保険療養費・出産育児一時金・葬祭費
<input type="checkbox"/> 医療費 (福祉医療制度)
<input type="checkbox"/> 市税・国民健康保険料・後期高齢者医療保険料の還付金
<input type="checkbox"/> その他 [ ]

※ 委任する本人がすべて記入してください。

※ 原本をお持ちください。メール、コピー、FAX、画像をプリントアウトした委任状は受付できません。

※ 委任状がある場合でも、即時交付等ができないものもあります。

(国保証の即時交付および代理受領は、郵便局から返送された場合に限りです。)

※ 代理人の方は、マイナンバーカード・運転免許証・パスポートなど、顔写真入りの本人確認書類をお持ちください。

※ 委任状の偽造または偽造した委任状を行使した場合、刑法第159条、第161条 により罰せられます。

※ マイナンバーカードに関する手続きは、原則本人が行ってください。なお、やむを得ない理由により、代理人による手続きを希望する場合は、あらかじめ市民課までご相談ください。