年　 　月　　 日

潟上市長　宛

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 委任者 | ふりがな |  | 続柄 | 生 年 月 日 |
| 氏　　名 |  |  | 年　　月　　日　 |
| 電話番号 | －　　　　－ |
| 現 住 所 |  |
| 個 人 番 号（マイナンバー） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 本年１月１日の住所 |  | 都・道府・県 |  | 市・区町・村 |
| 昨年１月１日の住所 |  | 都・道府・県 |  | 市・区町・村 |
| 添 付 書 類 | 委任にあたり、次の書類を添付します。　□　委任者の顔写真付きの身分証明書　　　例）マイナンバーカード、運転免許証その他公的機関から交付された　　　　　顔写真付き身分証明書　□　マイナンバーが確認できるもの　　　例）マイナンバーカード、マイナンバー付き住民票の写し、　　　　　現住所が記載されたマイナンバー通知カード |

　私は、次の事項に関する権限を下記に定めた受任者に委任します。

委任事項

福祉医療費受給者証交付申請（更新）時における地方税関係情報及び個人番号の提供についての同意

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受任者 | 住　　所 | 〒 |
| 氏　　名 |  |