委　　　任　　　状

私は、　　　　　　　　　　　　　　を代理人と定め、那珂市国民健康保険特定健診受診促進助成金の受け取りを委任します。

令和　　　　年　　　　月　　　　日

委任者　　住　　所

　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　電話番号