委　　　任　　　状

私は、　　　　　　　　　　　　　　を代理人と定め、那珂市後期高齢者医療高齢者健診受診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