

委 任 状

令和 年 月 日

みやこ町長 様

委任者 住 所 みやこ町

氏 名 印

生年月日 年 月 日

私は、がん検診無料クーポン券に関連する次の権限を下記のものを代理人と定め委任します。

〔委任する内容に○をしてください〕

☐	がん検診無料クーポン券の再交付申請
☐	がん検診無料クーポン券の受領
☐	その他（内容を記載してください。）

記

代理人 住 所

氏 名 続柄（ ）

生年月日 年 月 日

* 代理人の本人確認できるもの（運転免許証、健康保険証等）を添付してください。

* 郵送の場合、クーポン券はご本人様のご住所にお送りします。