

# 委任状

(宛先) 茅ヶ崎市長

年 月 日

代理人（給付金を受取る人）

住 所 〒

フリガナ \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日

明 / 大 / 昭 / 平 年 月 日

委任者との関係

電話番号

私は、上記の者を代理人と定め、茅ヶ崎市令和6年度調整給付金について、給付金受取の権限を委任します。

記

委任者（給付金対象者）

住 所 〒

フリガナ \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号

## 【注意事項】

- 委任者本人が上記全て自筆で記入してください。委任者が自筆でない場合は、代理人が上記全て記入し、委任者氏名欄に委任者本人の押印または押印をしてください。
- 申請の際は、本書の他に「茅ヶ崎市 令和6年度調整給付金支給要件確認書」及び「添付書類」の提出が必要です。詳細は「茅ヶ崎市 令和6年度調整給付金支給要件確認書」裏面をご確認ください。