

# 委任状

(宛先) 茅ヶ崎市長

年 月 日

代理人 (給付金を受け取る人)

住所

フリガナ  
氏名

生年月日

大正 / 昭和 / 平成 年 月 日

委任者との関係 同一世帯員 / 法定代理人 / その他 ( )

該当するものに  
○をつけてください

その他を選んだ場合は、詳細を記入してください↑

電話番号

私は、上記の者を代理人と定め、定額減税補足給付金 (不足額給付) について、給付金受取の権限を委任します。

記

委任者 (対象者)

住所

フリガナ  
氏名

印

生年月日

大正 / 昭和 / 平成 年 月 日

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、委任者氏名欄に世帯主の拇印または押印をしてください。
- 申請の際は、本書の他に「定額減税補足給付金 (不足額給付) 支給要件確認書」又は「定額減税補足給付金 (不足額給付) 申請書」及び「添付書類」の提出が必要です。