

委任状

代理人

住所 _____

氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

私は、上記の者に「日立市医療福祉費支給に関する条例施行規則」第4条、
第5条及び第6条に基づく事務処理に限り、平成 _____ 年度の地方税関係情報
について取得することへの同意に関する権限を委任します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

委任者

住所 _____

氏名 _____ (印)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

氏名 _____ (印)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

氏名 _____ (印)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日