

多治見市令和7年度低所得者支援及び定額減税補足給付金（不足額給付）  
受領にかかる委任状

年 月 日

多治見市長

私は、次の者を代理人と定め、多治見市令和7年度低所得者支援及び定額減税補足給付金（不足額給付）の受領を委任します。

1 本人情報（兼署名欄）

(フリガナ)		住所	〒 ー
本人氏名 (自署)			
生年月日	年 月 日	日中連絡の とれる 電話番号	

2 代理人情報（兼署名欄）

(フリガナ)		住所	〒 ー
代理人氏名 (自署)			
生年月日	年 月 日	日中連絡の とれる 電話番号	

3 提出書類

**本人確認書類 貼付け欄**  
運転免許証、マイナンバーカード（顔写真の面）、  
パスポート、健康保険証、介護保険証などの写し  
（本人の氏名、住所、生年月日分かる書類のいずれか1点をそれぞれ貼付け）

**代理人確認書類 貼付け欄**  
運転免許証、マイナンバーカード（顔写真の面）、  
パスポート、健康保険証、介護保険証などの写し  
（代理人の氏名、住所、生年月日分かる書類のいずれか1点をそれぞれ貼付け）

【注意事項】

- (1) この書類は、必ず本人及び代理人がそれぞれ自署してください。
- (2) 上記委任事項について電話等で確認させていただくことがあります。