**委　任　状**

**※世帯主以外の代理人が令和６年度紫波町低所得者支援給付金（住民税非課税世帯分）の申請・請求する場合や受給する場合に記入し、本人確認書類を添付してください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 代理人 | **フリガナ** | **申請者との関係** | **代理人生年月日** | **代理人住所** |
| **代理人氏名** |
|  |  | 明治・大正・昭和・平成年　　月 日 | 日中に連絡可能な電話番号　　　　　　　　(　　　　　) |
|  |
| 上記の者を代理人と認め、　　低所得者支援給付金の 申請・請求　　　　 を委任します。　　　　　　　　　　　　 受給　　　　　　　 ←法定代理の場合は、　　　　　　　　　 　 　 申請・請求及び受給　委任方法の選択は不要。**令和　　年　　月　　日** | **世帯主氏名** | 署名（又は記名押印）　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　㊞　 |

**世帯主・代理人の本人確認書類**

※マイナンバーカード、運転免許証、パスポート、障害者手帳、

 被保険者証（健康保険、介護保険）等の写し（いずれか１つ）

上記確認書類を添付してください。