

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿  
香川県後期高齢者医療広域連合会計管理者 殿

## 委任状

私は、下記の者を代理人と定め、**後期高齢者医療葬祭費** の

申請  
 受領

に関する一切の権限を委任します。

委任事項を記入し、該当するものに  
チェック  をつけてください。

受任者（代理人）

〒 **760 - 0066**

住 所 **高松市福岡町二丁目3番2号**

委任をされる方の  
住所・氏名を  
記入してください。

氏 名 **広域 太郎**

年 月 日

委任者（葬祭を行った方）

〒 **760 - 0066**

住 所 **高松市福岡町二丁目3番2号**

委任をする方（葬祭を行った方）  
の住所・氏名を記入し、押印して  
ください。

氏 名 **広域 連五郎**



（自署、押印のこと）