

定額減税補足給付金（不足額給付）

委任状

令和 年 月 日

小金井市長 宛

私は下記の者を代理人と認め定額減税補足給付金（調整給付）

の（委任する内容） ※いずれかに○をつけてください。

- | | |
|-------------|--|
| 1 確認・請求 | 代理人による本紙の確認及び請求をする場合
（振込先は対象者本人のまま） |
| 2 受給 | 確認及び請求は対象者本人が行うが、振込先が
代理人になる場合 |
| 3 確認・請求及び受給 | 1、2のいずれにも該当する場合（確認、請求及
び受給の全てを代理人が行う場合） |

を委任します。

対象者署名 _____

代理人署名 _____ 対象者との関係（ ）

代理人生年月日 _____

代理人住所 _____

日中連絡の取れる電話番号 _____

※保佐人、補助人または成年後見人が代理確認等する場合は、成年後見制度に基づく登記事項証明書のコピー（保佐人または補助人の場合は、代理目録のコピーを追加）も合わせてご提出ください。