委　任　状

　令和　　　年　　月　　日

佐々町長　様

　（委任者）

　　　住　　所

　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号　　　　　　（　　　　）

私は、次の者を代理人と定め、「佐々町障害者控除対象者認定申請」に関する権限を委任いたします。

（代理人）

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　（続柄　　　　　）

電話番号　　　　　　（　　　　）