委　　　任　　　状

　習志野市健康福祉部長　宛て

委任者

　　　　　　　　　 住所

　　　　　　　　　 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　私は、障害者控除の認定を受けるため、次の者を代理人と定め、障害者控除対象者認定の申請及び認定書の受領を委任します。

　　　年　　　月　　　日

　　 受任者

　　　　 　住所

　　　 　 　氏名　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　㊞

　　　　 　続柄