

# 顔認証マイナンバーカードへの切り替えにかかる委任状

波佐見町長 様

代理人  
(窓口に来る方)

住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
生年月日 大・昭・平・西暦 年 月 日

私は \_\_\_\_\_ のため窓口に行くことができないので、上記の者を代理人と定め、顔認証マイナンバーカードへの切り替えについて委任します。

令和 年 月 日

委任者  
(頼む方)

住 所 波佐見町 郷 番地 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
生年月日 大・昭・平・西暦 年 月 日  
(電話番号 \_\_\_\_\_)

※すべて委任者（頼む方）が自署してください。

※内容に不備がある場合は受付できません。