

# 委任状

代理人

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

上記の者を代理人と定め、下記証明書の取得に関する権限を委任いたします。

特定一般用医薬品等購入費を支払った場合の所得控除に関する証明書

\_\_\_\_\_年分 \_\_\_\_\_通

受診した健診（検診）名 \_\_\_\_\_

受診した医療機関名 \_\_\_\_\_

受診日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

文京区居住時の住所（文京区を転出された方のみ）

\_\_\_\_\_

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

生年月日 \_\_\_\_\_

※委任する方が自筆で署名・捺印してください。