

代理人選任届

本別町長 様

令和 年 月 日

私は、ドメスティック・バイオレンス、ストーカー行為等、児童虐待及びこれらに準ずる行為の被害者保護の支援措置に係る申出について、下記の代理人にその権限を一任します。

申出者	住 所	
	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	本 籍	
	連 絡 先	— — (自宅・勤務先・携帯・)
代理人選任の理由		

代理人	住 所	
	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	申出人との関係	
	連 絡 先	— — (自宅・勤務先・携帯・)
代理人確認欄	運転免許証 ・ 個人番号カード ・ 住基カード ・ 在留カード等 パスポート ・ その他()	

- (注) ・ 申出者本人が記入してください。(太枠の部分)
・ 申出に際し、申出者および代理人の本人確認をさせていただきます。
(運転免許証等、写真の貼付された身分証明書等を持参してください。)