委 任 状

令和　　年　　月　　日

阿見町長　殿

申請者の住所　阿見町＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者の氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

私は、下記の者を代理人として、顔認証マイナンバーカードへの設定切替手続きについての権限を委任します。なお、顔認証マイナンバーカードへ設定切替時の【確認事項】についての内容を了承しております。

代理人の住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人の氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人との関係　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※申請者の氏名欄に申請者の署名または記名押印を行ってください。

顔認証マイナンバーカードへ設定切替時の【確認事項】をご確認いただき、□に✓を記入してください。

【確認事項】

□　顔認証マイナンバーカードでは、各種証明書のコンビニ交付、らくらく交付申請サービスをご利用できません。

□　顔認証マイナンバーカードでは、マイナポータル、その他オンライン手続などの暗証番号の必要なサービスはご利用できません。

□　マイナンバーカードに署名用電子証明書が搭載されている場合は、顔認証マイナンバーカード切替時に破棄もしくは失効となります。

□　顔認証マイナンバーカードへの切替後に健康保険証利用登録を行う場合は、医療機関・薬局の顔認証付カードリーダーを利用して、顔認証または目視確認により利用登録を行う必要があります。