

# 委任状

受任者 住 所  
名 称  
代 表 者

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

## 記

年 月 日 路上において、被保険者 と  
加害者 間の交通事故による損害に対して、  
棚倉町子ども医療費の助成に関する条例の規定により、代位取得した損害賠償請求権に基づき  
自動車損害賠償保障法に基づく損害賠償額の請求及び受領、並びに複代理人を選任し、同人  
を通じた自動車損害賠償保障法に基づく損害賠償額の請求及び受領に関する一切の権限

年 月 日

委 任 者 住 所  
被保険者氏名  
親 権 者

印

※被保険者が未成年のときは親権者の記載が必要です。

※「復代理人」＝連合会になります。(市町村保険者から本会が事務委任を受けていることによるものです。)

