

委 任 状

受任者

住所

氏名

電話

上 記 の 者 に 対 し て 、 次 の 事 項 を 委 任 し ま す 。

子 ど も
ひとり親家庭
重度障がい



医療費助成に関する一切の権限。

令和 年 月 日

委任者

住所

氏名

(委任者が手書きしない場合は、記名押印してください)

電話

別住所の方が医療証の受け取りをされる場合は、こちらの委任状を作成してください。
来られる方（代理人）の本人確認書類をお持ちください。