

# 委任状

私は、下記の者を代理人と認め、子ども医療費助成制度又はひとり親家庭医療費助成制度に関する次の事項を委任します。

- ・ 個人番号利用に関する同意書の提出に関すること

## 記


申請者または関係者氏名

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 

代理人

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 

※記名押印に代えて、署名することができます。