

# 委任状

私は、下記の者を代理人と認め、次の医療費助成制度に関する次の事項を委任します。

- 重度障がい者医療費助成
  - こども医療費助成
  - ひとり親家庭医療費助成
- ・申請及び個人番号利用にかか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 \_\_\_\_\_