

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 _____