

委任状

年 月 日

代理人の住所・氏名

〒 -
住所

氏名

電話番号 () -

私は上記の者を代理人と定め、次の申請に関わる全ての権限を委任します。

※権限を委任する行為に該当する□にチェックをしてください。
(下記に該当する項目がない場合は、その他に記入して下さい。)

- ☐ 国民健康保険資格確認書 又は 後期高齢者医療資格確認書
- ☐ 乳幼児・子ども医療費受給資格証
- ☐ 老人医療費受給者証
- ☐ 重度心身障害児者医療費受給者証
- ☐ ひとり親家庭医療費受給資格証
- ☐ 障害手帳関係 (身体 ・ 知的 ・ 精神)
- ☐ 自立支援医療関係 (更生 ・ 育成 ・ 精神)
- ☐ 外出支援券 (タクシー券)
- ☐ 母子手帳・妊婦健康診査受診票等
- ☐ 国保特定健診・各種がん検診受診券
- ☐ 予防接種助成券及び依頼書等 (予防接種名 :)
- ☐ その他 ()

委任者(受給者)の住所・氏名・電話番号

住所 〒 -

氏名

印

電話番号 () -

美浜町長 様