

委任状

年 月 日

受任者 住 所 _____
(代理人) 氏 名 _____
電話番号 _____
委任者との関係 _____

私は上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

※ 委任する事項に を付けてください。

委任事項

- 子ども医療費の資格・給付に関する事
 重度障害者医療費の資格・給付に関する事
 ひとり親家庭等医療費の給付に関する事
 養育医療の給付に関する事
 その他 () に関する事

委任者 住 所 _____
(対象者)

氏 名 _____ (印)

※自書による場合は、押印は必要ありません。

生年月日 _____ 年 月 日

電話番号 _____

【注意】

- 受任者（代理人）はこの委任状のほかに本人確認ができるものを持参してください。
(運転免許証・個人番号カード・住基カード・パスポートなどの公的機関が発行した顔写真付き身分証明書等)
- 委任者（対象者）の個人番号が確認できるものを持参してください。
(個人番号カード・通知カード・個人番号が記載された住民票の写し等)
- 委任状の偽造または偽造した委任状の行使をしたときは、刑法第 159 条、第 161 条により罰せられます。