

委任状

受付日 年 月 日

年 月 日

代理人の住所・氏名

住所 〒 -

氏名

印

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、□の右空白に記入して下さい。)

- 国民健康保険被保険者証 又は 後期高齢者医療被保険者証
- 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)
-
-
-

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