

(こども福祉課 福祉医療用)

委 任 状

(宛先) 松本市長

年 月 日

受任者(代理人) ※本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカード等)を確認させていただきます。

住 所 _____

氏 名 _____ 委任者との続柄 _____

対象者との続柄 _____

私は上記の者を受任者(代理人)と定め、以下の内容を委任します。

1 委任する内容 ※委任する内容に○を付けてください

- (1) 対象者の福祉医療費受給者証 再交付申請
- (2) 対象者の福祉医療費受給者証 受け取り
- (3) 対象者の福祉医療費給付金支給申請(領収証による給付申請)

2 対象者

氏名	生年月日	住所	委任者との 続柄

委任者(対象者の保護者 または 15歳以上の対象者)

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

連 絡 先 _____