

委 任 状

令和 年 月 日

(あて先) 松阪市長

- 【委任者】 ・ (障がい者・一人親家庭等) 医療費受給資格対象者
・ こども医療費受給資格対象者の保護者

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

生年月日 T・S・H・R 年 月 日

電話番号 _____

福祉医療費に関する手続きの権限を、下記の者に委任します。

【代理人】 窓口に来られる人

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

委任者との続柄 _____

※ 代理人は来庁時に、ご自身の本人確認をさせていただきます。
運転免許証など確認できるものをご持参ください。