

委任状

次の手続きを委任します。

- 障がい者医療 65歳以上障がい者医療 精神障がい者医療
一人親家庭等医療 妊産婦医療 にかか
() の手続き

令和 年 月 日

委任者 住所

氏名 印

生年月日

電話番号

受任者 住所

氏名 印

生年月日

委任者との関係

※委任者・受任者それぞれが自ら署名し、作成してください。
(本人自署の場合は押印不要です。)

※受任者は本人であることが確認できる身分証明書等（マイナンバーカード、運転免許証、保険証、パスポート等）をお持ちください。