

委任状

長岡京市長 宛

(代理人) 住 所 _____
氏 名 (委任者との関係) _____ (_____)
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※代理人の情報についても、委任者本人の直筆で記入してください。

記

上記の者を代理人とし、次の手続きにかかる権限を委任します。

- ① 対象制度の□に✓をしてください。
- 福祉医療費助成制度〔ひとり親医療・障がい者医療〕
 - 子育て支援医療費助成制度
 - 老人医療費助成制度
 - 重度心身障がい老人健康管理事業
- ② 委任する手続きの□に✓をしてください。
- 受給者証・対象者証の交付申請・受領
 - 医療費の払い戻し申請・受領
 - 受給資格の変更・喪失の届出・受領
 - 受給者証等の再交付申請
 - その他 (_____)

- ③ 委任する理由

_____ のため

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(委任者) 住 所 _____ 長岡京市 _____
氏 名 _____ (印)
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
電話番号 _____ - _____ - _____

以 上

※ 全て、委任者本人の直筆で記入、押印してください。

※ 代理人様の本人確認を行っております。各種申請の際は、代理人本人であることが確認できる書類（運転免許証など）のご提示をお願いいたします。