

委任状

長岡京市長 宛

(代理人) 住 所 開田■-■-■

氏 名 (委任者との関係) 長岡 次郎 (実兄)

生年月日 昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

※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

委任者が勤務により多忙 のため

令和 〇年 〇〇月 〇〇日

(委任者) 住 所 長岡京市 開田●-●-●

氏 名 長岡 花子

生年月日 平成 〇年 〇〇月 〇〇日

電話番号 951-2121

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。