委　任　状

年　　月　　日

各務原市長　宛

代理人	住　所				
	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏　名				
	生年月日	年　　月　　日		連絡先	

私は、上記の者を代理人と定め、各務原市福祉医療費助成に関する条例及び施行規則に基づく下記に関する一切の権限を委任いたします。

記

委任事項　（該当項目に☑をしてください。）

- □　福祉医療費受給者証の交付申請に関すること
- □　福祉医療費受給者証の受取に関すること
- □　福祉医療費受給者証の再交付に関すること
- □　福祉医療費受給資格等の変更に関すること
- □　福祉医療費振込先の変更に関すること
- □　福祉医療費支給申請（県外受診等の払い戻し）に関すること
- □　準保護世帯福祉医療費支給申請に関すること
- □　その他

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

委任者	住　所				
	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏　名				
	生年月日	年　　月　　日		連絡先	

この書面は、すべて委任者本人が記入してください。

代理人確認	マイナンバーカード・運転免許証・資格確認書・その他（　　　　　　　　　　）