

委任状

年 月 日

(代理人)

住 所

氏 名

生年月日

電話番号

上記の者を代理人とし、下記の権限を委任します。

記

(委任事項)

子ども医療費助成に関する _____ について

(委任者)

住 所

氏 名

生年月日

電話番号

※窓口では、代理人の身元が確認できる書類が必要となります。

※委任事実を確認するために連絡することがありますので、日中に連絡が取れる電話番号を記載してください。

※委任状を偽造（本人以外の方が作成）または偽造した委任状を行使したときは、私文書偽造罪等で刑事罰の対象となるとともに、損害賠償責任を負う場合がありますのでご注意ください。