

委 任 状

年 月 日

桜井市長 様

受給者（委任者）※氏名は必ず自書してください。

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 T・S・H _____ 年 月 日

私は下記の者を代理人と定め、下記の事項の権限を委任します。

1. 福祉医療の資格異動に関すること。
2. 福祉医療の給付に関すること。
3. 福祉医療の送付先の設定に関すること。
4. 福祉医療受給資格証に関すること。
5. 福祉医療に関する一切のこと。
6. その他（ _____ ）

代理人（受任者）

住 所 _____

氏 名 _____

受給者との続柄 _____

代理人確認書類 運転免許証・パスポート・マイナンバーカード