

委任状

尾張旭市長 殿

令和 年 月 日

私は、下記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

(該当するものの□にレ点を付けてください。)

- 医療費支給申請書の医療費の申請に関すること。
- 医療費支給申請に基づく医療費の受領に関すること。
- 地方税関係情報の照会に関すること。

記

1 委任者	住 所	尾張旭市	
(受給者または 保護者)	氏 名		印
2 代理人	住 所		
(窓口 に 来られる方)	氏 名		印
	連絡先	()	
	委任者との続柄		

※委任受領支払いをご希望される際は、委任者と代理人の方それぞれのご印鑑をご使用ください。
押し間違いにはくれぐれもご注意ください。

※代理人の方は氏名・住所を確認できる本人確認書類（顔写真付きの身分証明書1点又は、その他
身分証明書2点）をお持ちください。

※振込先口座は医療費支給申請書に記載の代理人名義口座になります。

本人確認欄

写真あり（1点）	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード・特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳・療育手帳 <input type="checkbox"/> その他（ ）
写真なし（2点）	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳・年金証書 <input type="checkbox"/> 預金通帳（キャッシュカード）・クレジットカード <input type="checkbox"/> その他（ ）