

# 委任状

令和 年 月 日

磐田市長

〔代理人（受任者）〕 ※委任者が記入してください。

住 所

氏 名

（続柄： ）

私は、上記の者に、次の子ども医療費の申請・届出に関する権限を委任します。

該当する番号に○を付けてください

- 1 子ども医療費受給者証交付申請書  
（児童の出生や転入等による新規の申請）
- 2 子ども医療費受給者証再交付申請書  
（子ども医療費受給者証の破損や紛失等による再交付の申請）
- 3 子ども医療費受給者証記載事項等変更届  
（保護者・児童の住所変更や氏名変更、保険の変更による記載事項等変更の届出）
- 4 子ども医療費助成申請書  
（県外の受診や受給者証を忘れての受診等による医療費の払い戻しの手続）
- 5 その他 【 】  
※委任の内容（書類の名称等）を記入してください。

〔委任者〕

住 所

氏 名

電話番号

（ ）

〔代理人（受任者）〕 ※代理人（受任者）が記入してください。

住 所

氏 名

電話番号

（ ）

※代理人（受任者）は、本人確認ができるもの（運転免許証等）の提示をお願いします。  
すべての手続きに子どもの保険証が必要です。