

委 任 状

令和 年 月 日

委任者	受給者	住所			
		氏名	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
本人の署名又は記名・押印が必要です。					

下記の者に、つぎの手続き等を委任します。

【委任事項】(該当するものに□、もしくは追加記入)

□ 障害者医療	□ 精神障害者医療	□ 子ども医療	□ 母子父子家庭医療
□ 後期高齢者福祉医療			

- 受給資格の取得・変更・喪失にかかる手続きについて
- 受給者証再交付にかかる手続きについて
- 医療費支給申請（申請・受領）について
- その他

受任者	住 所			
	氏 名	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日
	本人の署名又は記名・押印が必要です			
委任者との 関 係	親族（続柄 ）・担当民生委員・近隣協力者・友人 施設職員・ケアマネージャー・その他（ ）			

大口町長 様

確認	運転免許証・パスポート・個人番号カード・外国人登録証明書・在留カード・特別永住者証明書 身体障害者手帳・その他()
	医療保険資格確認書等・年金手帳・年金証書・介護保険証・雇用保険受給者証 キャッシュカード・預金通帳・クレジットカード・社員証 その他()