

委任状

年 月 日

福山市長様

委任者

住所

名前

印

[※自署であれば押印不要]

生年月日 年 月 日

私は、次の者を代理人と定め、以下の子ども医療費助成制度に関する届出を委任します。

子ども医療費受給資格認定（更新）申請書

代理人

住所

名前

生年月日 年 月 日

委任者との関係
