

令和 年 月 日

## 委任状

(児童手当/子ども・ひとり親家庭医療費助成制度)

泉南市長 様

私は、下記の者を代理人として、次の事項にかかる申請・届出（個人番号の記載を含む）に関する権限を委任します。

児童手当      子ども医療費助成制度      ひとり親家庭医療助成制度  
(上記のいずれかにチェックしてください。)

【代理人】

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (委任者との続柄)

電話番号 \_\_\_\_\_

【委任者】

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

- ※ 全ての項目について、委任者本人が署名してください。  
※ 代理人による申請・届出には、委任状と委任者の個人番号確認書類のほか、代理人の本人確認書類が必要となります。

※代理人確認書類 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳療育手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
--