委 任 状

神戸市＿＿＿＿＿＿区長 宛

次のとおり、（☐ こども　☐ ひとり親家庭等　☐ (高齢) 重度障害者　☐ 高齢期移行者）医療費助成の手続きに関する権限を委任します。

委任日		年　　月　　日
委任者（※）	住所	
	氏名	㊞
	電話番号	
受任者	住所	
	氏名	㊞
	電話番号	
委任する手続の内容		☐ 資格認定（転入・出生など）　☐ 受給者証の再交付 ☐ 保険証変更、住所変更（区内）など　☐ 医療費の払い戻し（償還払い） ☐ 資格喪失（転出・死亡など）　☐ 送付先の変更 ☐ その他（　　）

※受給者（こども医療または未成年の場合は保護者、被後見人の場合は後見人）が、委任者になります。

委任状と一緒にお持ちいただくもの2点

1. 委任者（受給者）の本人確認書類（コピー可）
2. 来庁者の本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード等）

（注）その他、手続ごとに必要な書類があります。詳しくは、ホームページをご覧ください。

注意事項

- 代理人が申請・届出を行う場合は、委任状が必要となります。
- **受給者（こども医療または未成年の場合は保護者、被後見人の場合は後見人）以外の口座に医療費の払い戻しをする場合、委任者・受任者の押印が必要です。**
- 確認のため、委任者に電話をさせていただく場合があります。
- 窓口で受任者（来庁者）の本人確認をさせていただきます。