委　任　状

令和　　年　　月　　日

白子町長　様

**子ども医療費助成申請書における申請者が委任者となります。**

（委任者）住　　所　　白子町○○△△番地

　　　　　氏　　名　　白子　太郎

　　　　　生年月日　　S○○年○月○○日

　　　　　電話番号　　０９０－□□□□―△△△△

　私は、下記の者を代理人と定め、子ども医療費助成申請に係る一切の権限を委任いたします。

記

**窓口に来る方が代理人となります。**

（代理人）住　　所

　　　　　氏　　名

　　　　　生年月日

　　　　　委任者との関係