委 任 状

年　　月　　日

☐ 地方独立行政法人　明石市立市民病院　御中

↑※病児保育室にこを利用された場合はこちらに☑を入れてください。

☐ 医療法人双葉会 西江井島病院　御中

↑※病児保育室ふたばを利用された場合はこちらに☑を入れてください。

委任者の氏名 （利用児童の保護者）	
住　所	
電話番号	
利用児童の氏名	

私は、下記の者を代理人として、病児・病後児保育事業利用料の返金を受けることを委任します。

代理人の氏名	
住　所	
電話番号	
委任者との続柄	

※代理人は本人確認のため、マイナンバーカード（個人番号カード）・運転免許証・パスポート・住基カードなど公的機関が発行した顔写真付本人確認書類を持参してください。各種健康保険証・年金手帳および通帳などの写真付きではないものの場合は２点必要です。