

委 任 状

代理人 住 所

氏 名

連 絡 先 TEL

私は、上記の者を代理人と定め、次の事項を委任いたします。

- 1 福祉医療費受給券の 申請手続 ・ 受領 に関する事
- 2 その他 ()

年 月 日

委任者 住 所

氏 名

Ⓔ

生年月日

連 絡 先 TEL

※委任状は、委任者本人が記入の上押印してください。