

委 任 状

代 理 人

氏 名 _____

住 所 _____

生年月日 _____

私は上記の者を代理人と定め、福祉医療助成制度の申請・届出に関すること
について委任します。

年 月 日

委 任 者

(委任者の自署又は押印が必要)

氏 名 _____ 

住 所 _____

生年月日 _____