

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・届出に関する事について委任します。

年 月 日

委 任 者

氏 名 _____

住 所 _____

生年月日 _____