

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

氏名 _____

住所 _____

生年月日 _____