

委 任 状

年 月 日

平戸市福祉事務所長 様

(委任者)

住 所

氏 名

㊞

私は、次の者を代理人と定め、下記の事項に関する権限を委任します。

(委任者)

住 所

氏 名

㊞

続 柄

1. 委任事項

福祉医療費支給の振込みに関する件

【振込先】

| | |
|------|--|
| 金融機関 | |
| 支店名 | |
| 預金種別 | |
| 口座番号 | |
| 口座名義 | |