

高齢者医療助成費委任状

東京都西多摩郡日の出町長 殿

私は、平成 年 月 日申請分以降の高齢者医療助成費申請に伴う助成費の受領等に関する権限を下記の者に委任します。

記

平成 年 月 日

委任者 医療証番号 _____

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

本、医療証対象者が直筆できないため、本人了承の基、代筆します。

代筆者 住 所

代筆者 氏 名 _____ (印)

本、医療証対象者との関係()

受任者 〒 _____

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

電話番号 ()

以上