

# 日の出町指定疾病医療助成費委任状

日の出町長 様

私は、 年 月 日申請分以降の日の出町指定疾病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

年 月 日

委任者 認定証番号 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

本、認定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、認定証対象者との関係( )

受任者 〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

電 話 番 号 ( )

以上