

<h1>委 任 状</h1>		
受任者 住所		
氏名 _____		
私は、上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。		
1. 四万十市から受けるべき 福祉医療費扶助費（乳幼児・障害・高齢障害医療費）の 金額 円の受領に関する一切の権限。		
令和	年	月 日
委任者 住所		
氏名 _____		
		印

<h1>委 任 状</h1>		
受任者 住所		
氏名 _____		
私は、上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。		
1. 四万十市から受けるべき 福祉医療費扶助費（乳幼児・障害・高齢障害医療費）の 金額 円の受領に関する一切の権限。		
令和	年	月 日
委任者 住所		
氏名 _____		
		印

委 任 状

受任者 住所 **委任された方の住所**

氏名 **委任された方の氏名**

私は、上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

1. 四万十市から受けるべき 福祉医療費扶助費（乳幼児・障害・高齢障害医療費）の  
金額 円の受領に関する一切の権限。

令和 ○年 ○月 ○日

委任者 住所 **請求者の住所**

氏名 **請求者の氏名**

