

# (記 載 例)

## 委 任 状

令和〇〇年 〇月 〇日

委任者

(番地)

住 所 函館市 **東雲** 町 丁目 **4番 13号**

2カ所に押印して  
下さい。(患者様)

氏 名

**函 館 太 郎**

印

捨印

印

私は、下記の者を代理人と定め、 函館市重度心身障害者医療費助成金の受領  
権限を委任します。

記

代理人

(番地)

住 所 函館市 **弥生** 町 丁目 **1番 23号**

電話番号 ( **21** ) **0123**

氏 名

**函館施術院 代表 東雲 ともえ**

代理人の氏名は口座名義に合わせて  
ご記入をお願いいたします。  
(法人等の名義の場合は、法人名+代表者の氏名)