

委任状

令和 年 月 日

委任者

(番地)

住 所 函館市 町 丁目 番 号

氏 名

⑩

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 町 丁目 番 号

電話番号 ()

氏 名