

別紙1 (医療費助成用)

委任状

平成 年 月 日

下野市長 様

住所 下野市 _____

受給資格者 氏名 _____ 印

電話 _____ () _____

(署名押印してください。スタンプ印・ぼ印不可。)

私に係る次の医療費助成金の受領に関して、次の者にその権限を委任します。

医療費助成制度名称	こども 妊産婦 重度心身障害者		
住所	下野市		
フリガナ			
氏名(口座名義)			
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日		
振込先	金融機関	銀行 支店	
	口座番号	_____	_____

こども医療費助成の場合は、対象者氏名等をご記入ください。

受給者番号						お子様の氏名		生年月日			
								平成	年	月	日
								平成	年	月	日
								平成	年	月	日