委任状

　私は、重度心身障害者医療費助成に関する所得調査に係る一切の権限を、苓北町福祉保健課長に委任します。

　　苓北町長　　　　様

年　　月　　日

住所

氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 受給資格者番号 | 　 |