

委任通知書

代理人
(口座の名義人)

住所
氏名
印

生年月日 年 月 日生

私は、上記の者を代理人と定め、次の権限を委任しましたので通知します。

記

1. 重度心身障害者医療費の給付申請に関すること。
2. 重度心身障害者医療費給付金の受領に関すること。

猪苗代町長様

令和 年 月 日

障害者本人

住所
氏名
印