

委任状

私は、佐倉市より受領する重度心身障害者医療費の受領に関する権限を次の者に委任します。

受任者 住所 :

氏名 :

委任者との関係 :

令和 年 月 日

委任者 住所 :

(請求者) 氏名 : 印

(自署または記名押印)

(記入にあたっての注意事項)

・受給者（本人）口座以外に振り込みを希望される場合、受給者本人が記入してください。

※受給者（本人）口座及び18歳未満における保護者名義の口座に振り込む場合は、記入及び提出不要です。