**委　　任　　状**

令和　　年　　月　　日

大　垣　市　長　様

委　任　者　　　住所

（受給者）

　　　　　　　　　氏名

私は、□大垣市老人医療費

□大垣市心身障害者医療費

□大垣市母子家庭等医療費

□大垣市子ども医療費（助成対象者（子）の氏名：　　　　　　　　　　）

　助成制度について次の者を代理人と定め、助成金受領の権限を委任します。今後の受領の権限についても、同様とします。

受　任　者　　　住所

　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　電話番号　　（　　　　）　　　　－

　　　　　　　　委任者（受給者）との続柄

**【注意事項】**

**※委任者が自署してください。**

＜国保医療課　福祉医療・後期医療グループ＞