

委 任 状

庄内町長 殿

代理人（窓口にお越しくださる方）

氏 名

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日

住 所

電話番号 （ ） ー

委任者との続柄

私（委任者）は、上記の代理人に、重度心身障害（児）者医療証交付申請手続きを委任します。

委任者（申請者（受給対象者））

氏 名

生年月日 大正・昭和 年 月 日
平成・令和