

委任状

令和 年 月 日

(宛先)東大阪市長

私は 重度障害者医療費助成制度
 ひとり親家庭医療費助成制度
 子ども医療費助成制度

の規定による医療費の受領に関し、

一切の権限を _____ に、委任します。

委任者(受給者)

住所

氏名

Ⓜ

※ 署名の場合、押印は必要ありません。