

年 月 日

委 任 状

私は、_____を代理人と認め、次の権限を委任します。

年 月 日に申請した

☐ 障害者医療費助成金

☐ 小児医療費助成金 _____の受領に関すること

☐ ひとり親家庭等医療費助成金

(あて先) 鎌倉市長

申請者

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

代理人 (口座名義人)

住 所 _____

氏 名 _____

申請者との続柄 _____