

別紙1 (医療費助成用)

委任状

年 月 日

下野市長 様

住所 下野市 _____

受給資格者 氏名 _____ 印

電話 _____ () _____

(署名押印してください。スタンプ印・ぼ印不可。)

私に係る次の医療費助成金の受領に関して、次の者にその権限を委任します。

医療費助成制度名称	<input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 妊産婦 <input type="checkbox"/> 重度心身障害者	
住所	下野市	
フリガナ		
氏名 (口座名義)		
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	
振込先	金融機関	銀行 支店
	口座番号	

※子ども医療費助成の場合は、対象者氏名等をご記入ください。

受給者番号	お子様の氏名	生年月日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日