委　任　状

令和　　年　　月　　日

白子町長　様

（委任者）住　　所

　　　　　氏　　名

　　　　　生年月日

　　　　　電話番号

　私は、下記の者を代理人と定め、子ども医療費助成申請に係る一切の権限を委任いたします。

記

（代理人）住　　所

　　　　　氏　　名

　　　　　生年月日

　　　　　委任者との関係