委　任　状

　　年　　月　　日

**高校生等医療費助成申請書における申請者が委任者となります。**

白子町長　様

（委任者）住　　所　　白子町○○△△番地

**印**

　　　　　氏　　名　　白子　一郎　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　生年月日　　S○○年○月○○日

　　　　　電話番号　　０８０―□□□□―△△△△

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

**窓口にくる方が代理人となります。**

記

（代理人）住　　所　　白子町○○△△番地

　　　　　氏　　名　　白子　花子

　　　　　生年月日　　H○○年○月○○日

　　　　　委任者との関係　　　妻