

様式第5号(第5条関係)

委 任 状

私は、重度心身障害者医療費助成に関する所得調査に係る一切の権限を、津奈木町ほけん福祉課長に委任します。

津奈木町長 様

年 月 日

住所

氏名

受給資格者番号	
---------	--