| | | 受 | 領 | 委 | 任 | |
|--------------------------------|------|---|---|---|----------|--|
| 委任者 | 年 月 | 日 | | | | |
| | 住 所 | | | | | |
| | 氏 名 | | | | <u> </u> | |
| 私が申請した医療費助成金の受領について下記の者に委任します。 | | | | | | |
| 受任者 | | | | | | |
| ZEI | 住 所 | | | | | |
| | 氏 名_ | | | | <u> </u> | |
| | | | | | | |