

委 任 状	(代理人・預金口座人)
	住 所 _____
	氏 名 _____
	年 月 日
	高石市長 様
	私（請求者）は、上記のものを代理人とし、療養費の受領権限を委任いたします。
(請求者)	
住 所 _____	
氏 名 _____ (印)	

捨
印

- ◎ 印鑑は、朱肉ではっきりと押してください。
- ◎ 必ず請求者の印鑑を押してください。
- ◎ 訂正される場合は、訂正箇所に訂正印を押してください。

高石市役所 〒592-8585 高石市加茂4丁目1番1号
電話 072-265-1001