

委任状

受任者 住所 _____
(代理人)
氏名 _____

上記の者を代理人と定め、私の社会福祉法人等利用者負担額軽減対象者確認申請を委任します。

令和 年 月 日

鹿児島市長 殿

委任者 住所 _____
(被保険者)
氏名 _____ 印

※自署以外は押印が必要です