

委任状

令和 年 月 日

(委任者) 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

※本人自署の場合は押印不要です。

津市から支給される福祉医療費の受領を

(住所)

(氏名) _____ に委任します。

(連絡先 - -)

下記口座へ振り込んでください。

支払方法	口座振込	銀行	支店	普通・総合
		農協	支所	当座
		信用金庫	出張所	
		口座番号		
		フリガナ 名義人		