

年 月 日

# 委任状

私は、\_\_\_\_\_を代理人と認め、次の権限を委任します。

1 年 月 日に申請した

障害者医療費助成金

小児医療費助成金 の受領に関すること

ひとり親家庭等医療費助成金

(あて先) 鎌倉市長

申請者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

代理人 (口座名義人)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_