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