

委 任 状

都城市子ども医療費の助成に関する条例による子ども医療費受給資格登録申請ならびに変更(喪失)届出書兼再交付申請に関する一切の権限を、_____に委任します。

令和 年 月 日

委任者

住所

氏名

受任者

住所

氏名