

委 任 状

代理人 住 所:十日町市

氏 名:

私は、上記の者を代理人と定め、十日町市精神障害者医療費助成に関する一切の権限を委任します。

令和 年 月 日

請求人 住 所:十日町市

氏 名:

上記の委任事項について承諾したのでお知らせ致します。

令和 年 月 日

受任者 住 所:十日町市

氏 名:

十 日 町 市 長 様