様式第５号（第５条関係）

委　　任　　状

　私は、重度心身障害者医療費助成に関する所得調査に係る一切の権限を、南関町福祉課長に委任します。

　　　　南　関　町　長　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　住　所　　南関町大字

　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |
| --- | --- |
| 受給資格者番号 |  |