

委 任 状

下記のとおり、_____年 _____月分以降の長崎県後期高齢者医療広域連合はり、きゅう施術費助成金の受領に関する権限を代理人に委任します。

年 月 日

施術担当者 住 所
氏 名 印

代 理 人 住 所
氏 名 印

【振込先】

金融機関	銀行 金庫 農協 組合	本店 支店 支所 出張所											
預金種別	1 普通預金	2 当座預金											
口座番号													
口座名義	カナ												
	漢字												