委　　任　　状

　私は、下記のとおり、　　　　　年　　　月分以降の佐世保市国民健康保険

はり・きゆう施術費助成の申請受領に関する権限を代理人に委任します。

　　年　　月　　日

佐世保市長　　様

施術担当者　　住　所

氏　名

代理人　　住　所

氏　名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |