委　任　状

　　年　　　月　　日

大分市教育委員会　教育長　殿

　　　　年度 医療費補助制度に係る医療費の受領に関する権限を下記のとおり委任します。

記

１　委任者

住　所

氏　名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

２　受領の方法 口座振替払

３　受任者

住　所

氏　名

振込先口座

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 口座種別 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  | | |
| 口座名義 |  | | |