

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 _____ (印)

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			