委任状

　　　年　　　月　　　日

大村市長　様

委任者　　　住所

（被保険者）

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

被保険者番号

　私は、下記の者を代理人と定め、大村市から支払を受ける大村市訪問理美容サービス費の請求及び受領に関する一切の権限を委任します。

記

受任者　　 所在地

（指定店）

氏名