

委 任 状

年 月 日

大村市長 様

委任者  
(被保険者)

住所

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  
(指定店)

所在地

氏名