

委任状

令和 年 月 日

かすみがうら市長 殿

住 所 かすみがうら市

氏 名 _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日

受給者名： _____ の医療福祉制度（マル福）に係る医療費の
口座振込について、下記口座に振込むことを委任します。

記

- | | | |
|-----------------|---|-----------------------|
| ● 金融機関名 | 銀行
信用金庫
農協
信用組合 | 本店
支店
支所
出張所 |
| ● 口座種目 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 | |
| ● 口座番号 | _____ | |
| ● フリガナ
口座名義人 | _____ | |
| ● 名義人住所 | かすみがうら市 | |