

別記第5号様式（第5条関係）

委 任 状

私は、重度心身障害者医療費助成に関する所得調査に係る一切の権限を、
長洲町福祉保健介護課長に委任します。

長 洲 町 長 様

年 月 日

住 所
氏 名 印

受給資格者番号	
---------	--