

委 任 状

私は、重度心身障がい者医療費助成に関する所得調査に係る一切の権限を、
菊池市健康福祉部福祉課長に委任します。

菊 池 市 長 様

年 月 日

(住 所)

(氏 名)

⑩

受給資格者番号	
---------	--