

委任状

① 令和 年 月 日

(宛先) 上越市長

住所 _____

② 委任者

氏名 _____ (印)

私は③令和 年 月 日付で申請した県障医療費助成費の受領を下記の者に委任します。

住所 _____

④ 受任者

氏名 _____ (印)

⑤ なお、上記の県障医療費助成費は下記の口座に振り込んでください。

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店名	本店 支店 出張所
預金種目	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

※ 受任者名義の口座をご記入ください。

《裏面の「注意事項」をお読みください》

注 意 事 項

この委任状は、県障医療費助成費の受領にあたり、申請者以外の方の口座への振込を希望される場合にご提出いただくものです。

委任状（表面）には、以下の①から⑤について、それぞれの欄にご記入ください。

① 委任日（用紙右上）

この委任状の作成日（記入日）を記入してください。

② 委任者の住所及び氏名

委任者（申請者）の住所及び氏名をご記入ください。

なお、氏名欄には委任者の印鑑を鮮明な印影で押印願います。

③ 助成申請日付

助成申請書に記入した申請日を記入してください。

④ 受任者の住所及び氏名

受任者（振込先口座の名義人）の住所及び氏名をご記入ください。

なお、氏名欄には受任者の印鑑を鮮明な印影で押印願います。（委任者の印鑑と同一のものは不可）

⑤ 振込先口座

必ず受任者名義の金融機関口座をご記入ください。