

委任状

受任者住所

氏名

支払希望金融機関名	
預金種別・口座番号	

上記の者を私の代理人と定め、下記の権限を委任します。

記

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第17条の規定に基づき申請した 年
月 日から 年 月 日までの医療費 円の受領
の権限

年 月 日

委任者住所

氏名

印

愛知県知事 殿