

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿
香川県後期高齢者医療広域連合会計管理者 殿

委 任 状

私は、下記の者を代理人と定め、 **後期高齢者医療葬祭費** の

申請
 受領

に関する一切の権限を委任します。

受任者（代理人）

〒

住 所

氏 名

年 月 日

委任者（葬祭を行った方）

〒

住 所

氏 名

印

（自署、押印のこと）