委　任　状

　　年　　月　　日

委任者

住　所

　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　私は、原爆被爆者医養費（　　　　年　　月分　施術者　　　　　　）の受領に関する一切の権限を下記の者に委任します。

受任者（受取代理人）

　　　住　所

　　　氏　名

振込先金融機関

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　銀行・信用金庫

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　支店

預金種目　　　普通　・　当座

口座番号

（フリガナ）

口座名義人