福祉医療資金貸付金受領に関する委任状

　療養取扱機関（代表者）　　　　　　　　　を甲とし、　　　　　　　　　を乙として、乙は甲に下記のとおり委任した。

記

　乙が大槌町より受領すべき受給者　　　　　　　に係る令和　　年　　月診療分福祉医療資金貸付金受領の権限を甲に委任する。

　甲は、次のとおり大槌町から預金口座振込によって貸付金額　　　　　　円　を受領するものとする。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 銀　行　名 |  | 口座の種類 | 普通　　当座 |
| 口 座 番 号 |  | （ふりがな）名　　義 |  |

令和　　　年　　　月　　　日

甲　療養取扱機関　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

乙　申　 請 　者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　印