

様式第5号（第5条関係）

委 任 状

年 月 日

天草市長 様

住 所

氏 名

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

私は、重度心身障害者医療費助成に関する所得調査に係る一切の権限を、天草市健康福祉部福祉課長に委任します。

受給資格者番号	
---------	--

（備考） 所得調査に関する一切の権限とは、天草市重度心身障害者医療費助成に関する条例施行規則第5条の規定により所得状況の確認を行う場合に、申請者世帯の住民登録資料及び課税資料について、関係機関に調査、照会及び閲覧を行う権限のことをいいます。