

(事務取扱要領 様式第12号)

年 月 日

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

委 任 状

受 任 者

住 所

氏 名

私は、社会福祉施設職員等退職手当共済法（以下「法」と記載。）で規定する退職手当共済契約に基づき、遺族（法第7条で規定）及び相続人として退職手当金の請求を行うにあたり、上記の者を代理人と定め、退職手当金の受領に関する一切の権限を委任します。

委 任 者

住 所

氏 名

印