

※申請並びに受給者証などの收受を委任される場合は、下記に記載してください。

委 任 状

小郡市福祉事務所長 殿

令和 年 月 日

私は、障害者総合支援法に基づく自立支援医療給付に関する申請並びに自立支援医療受給者証・自己負担上限管理票の收受・管理に関する一切の権限について、下記の者に委任します。

(申請者)

住 所 : _____

氏 名 : _____ (印)

(代理人)

住 所 : _____

氏 名 : _____ (印)

(医療機関名、代表者名)

【記入例】

※申請並びに受給者証などの收受を委任される場合は、下記に記載してください。

委 任 状

小郡市福祉事務所長 殿

平成 年 月 日

私は、障害者自立支援法に基づく自立支援医療給付に関する申請並びに自立支援医療受給者証・自己負担上限管理票の收受・管理に関する一切の権限について、下記の者に委任します。

(申請者)

受診者の住所・氏名

住 所： 東京都千代田区霞ヶ関〇—△—×

氏 名： 厚 労 花 子 ⑩

(代理人)

申請・受給者証の收受を委任する者を記入。 例) 医療機関

住 所： 東京都千代田区霞ヶ関〇〇〇

〇〇〇〇病院
氏 名： 代表者 小郡 太郎 ⑩

(医療機関名、代表者名)