

太宰府市福祉事務所長 殿

委 任 状

令和 年 月 日

(申請者)

住所

氏名

自立支援医療費（更生医療）給付に関する申請及び自立支援医療受給者証・
自己負担上限額管理票の收受・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。

(医療機関)

代理人住所

代理人（医療機関名、代表者氏名）

(本委任状の提出がない場合は、申請者住所へ受給者証等を送付いたします)