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（育成医療）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収受・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）