

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)