

申請並びに患者票、受給者証等の収受を委任される場合は、下記に記載してください。

福岡県知事 殿

# 委 任 状

令和 年 月 日

(申請者) ※18歳未満の場合は保護者

住 所

氏 名

印

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。

代理人住所

代理人 (医療機関氏名、代表者氏名)

印