

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。

水巻町長 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

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

水巻町長 殿

委 任 状

平成 年 月 日

(申請者) ※18歳未満の場合は保護者

住 所 水巻町頃末北1-1-1

氏 名 水巻 太郎

水巻印

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。

現在通院されている病院で記入・押印
してもらってください。

代理人住所 水巻町頃末北1-1-1

水 巻 病 院
代理人 (医療機関氏名、代表者氏名) 医院長 水巻 一郎

水巻病院
の
印

※この委任状を提出されると、医療券を役場から直接病院にお送りする
ようになります。

提出がない場合は、医療券を役場からご本人にお送りし、ご本人が病
院に提出していただくようになります。