

# 委 任 状

八女市福祉事務所長 様

年 月 日

住 所

氏 名

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手続き並びに自立支援医療受給者証・自己負担上限管理票の收受・管理について、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