**◎申請ならびに受給者証等の収受を委任する場合は、下記に記入してください。**

**委　　任　　状**

志免町長　殿

令和　　年　　月　　日

　　　　　≪委任者≫

住所：

氏名：　　　　　　　　　　（自署又は記名押印）

私は、自立支援医療給付に関しての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≫

　所在地・住所：

　事業所名：

　代表者氏名：

　担当者氏名：

　　※担当者氏名を自署した場合は、押印不要です。

　　　それ以外の場合は、事業所印または代表者印を押印してください。

　　※代理人が個人の場合は、住所と担当者氏名のみ記入してください。