

◎申請ならびに受給者証等の收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。

《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。