

申請並びに患者票、受給者証の收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

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律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。

代理人住所 \_\_\_\_\_

代理人（医療機関氏名、代表者氏名） \_\_\_\_\_ 印