

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。

福岡県知事殿

委任状

年 月 日

(受診者)

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

(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手続き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(医療機関名、代表者名) _____ 印 _____