

(様式第4)

受給者証等の収受を委任される場合は、下記に記載してください。

(あて先) 福岡市長

委任状

年 月 日

住所 _____

氏名 _____

障害者総合支援法に基づく自立支援医療の給付に関して、私の自立支援医療受給者証、自己負担上限額管理票の収受について、下記の者を代理人と定め委任します。

代理人住所 _____

代理人 (医療機関名、代表者氏名) _____