

大分県知事 殿

委任状

平成 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して、自立支援医療受給者証・自己負担上限管理票の収受について、下記の者に委任します。

代理人住所

代理人（医療機関名、代表者氏名）
