

委 任 状

受任者 赤 磐 市 長

上記の者を代理人と定め、私の被扶養者である

(住所)

(氏名)

の 年 月 日から 年 月 日までの診療に係る障害者医療関係の家族療養附加金の受領に関する権限を委任します。

ただし、赤磐市障害者医療費給付条例により赤磐市が保険の自己負担分を支払う場合に限ること。

年 月 日

受任者
加入保険者名

被保険者証又は
組合員証の記号・番号

住 所

氏 名

(注) この委任状は、2部複写とし、2部とも障害者医療費受給資格証交付申請書に添えて提出する。