様式第19号（第３条関係）

委　任　状

年　　月　　日

（宛先）春日市福祉事務所長

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費（更生医療・育成医療）の支給に関する申請手続並びに自立支援医療受給者証（更生医療・育成医療）及び自己負担上限額管理票の収受及び管理について、次の者に委任します。

代理人住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人（医療機関名、代表者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印