

# 委任状

長崎県知事 様

令和 年 月 日

住 所

氏 名

障害者自立支援法に基づく自立支援給付に関して、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、代表者名）

印