

福岡県知事 殿

委任状

年 月 日

住所 _____

氏名 _____

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する下記の事項について一切の権限を以下代理人に委任します。

- 自立支援医療費支給申請書の提出
- 自立支援医療受給者証の收受・管理

代理人住所 _____

代理人（医療機関名、代表者氏名） _____ 印