

申請並びに患者票、受給者証等の収受を委任される場合は、下記に記載してください。

福岡県知事 殿

委 任 状

年 月 日

住所 柳川市 _____

氏名 _____ 印

障害者総合支援法に基づく自立支援医療給付に関する申請並びに自立支援医療受給者証・自己負担上限額管理票の収受・管理に関する一切の権限について、下記の者に委任します。

代理人住所 _____

代理人（医療機関氏名、代表者氏名）

_____ 印

同意書

柳川市長 様

年 月 日

私は、障害者総合支援法第52条に定める自立支援医療の支給認定のために必要があるときは、年金事務所、各種共済組合又は各市町村税・生活保護等住民部局等官公署に対し、世帯の構成、加入する健康保険、収入の算定対象となる者の市町村民税額等の必要な情報を照会することに同意します。

(申請者)

住 所：柳川市 _____

氏 名： _____ 印

(世帯員の名簿)

住 所： _____

氏 名： _____ 印

住 所： _____

氏 名： _____ 印

住 所： _____

氏 名： _____ 印

住 所： _____

氏 名： _____ 印

住 所： _____

氏 名： _____ 印

住 所： _____

氏 名： _____ 印