

委 任 状

大槌町長 様
岩手県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者：住所：〒

氏 名

1 私は、

(代理人の住所)

(代理人の氏名)

を代理人として定め、高額介護合算療養費、高額医療合算介護(予防)サービス費及び自己負担額証明書の受領に関する権限を委任します。

2 私は、医療費助成制度の受給者であり、申請した高額介護合算療養費のうち医療費助成制度から支給された高額介護合算療養費に相当する額の受領に関する権限について、大槌町長 に委任します。

※高額介護合算療養費の受領を他の方に委任する場合、1 に○印してください。

また、医療費助成制度の受給者である方の場合、2に○印をしてください。