

委任状

年 月 日

富山県知事 殿

委任者（受診者）

住 所 _____

氏 名 _____

保護者 ※1

住 所 _____ ※2

氏 名 _____

委任者との続柄 _____

私は、自立支援医療受給者証（精神通院）及び自己負担上限額管理票の受領に関する権限を、下記の医療機関に委任します。

なお、その際は、自立支援医療の提供に必要な範囲内で、自立支援医療費（精神通院）の支給認定に関する情報を、富山県から当該医療機関に提供することに同意します。

記

受任者（医療機関）

所在地 _____

名 称 _____

※1 委任者（受診者）が18歳未満の場合に記入すること。

※2 委任者（受診者）と異なる場合に記入すること。