

委任状

令和 年 月 日

宇都宮市長様

登録記号番号	0 9
施術管理者	住所 氏名 印

重度心身障がい者医療費助成制度の施術療養費（はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧）に係る取扱要領（以下「取扱要領」という。）に基づき、私は下記の者を代理人と定め、次の事項について委任します。

受任者	住所 氏名 印
-----	-----------------------------------------------

1 委任事項

宇都宮市医療費助成に関する条例（昭和48年条例第11号）第6条に規定する対象者（以下「対象者」という。）から受領の委任を受けた当該対象者に係る医療助成費の受領について、取扱要領第7条に定める受領事務に関する権限

2 委任期間

1年間

（ただし、期間満了1か月前までに特段の意思表示がない場合には、期間満了の日の翌日において更に1年間順次更新したものとする。）

3 医療助成費の振込先金融機関

金融機関名		金融機関番号			
支店名		支店番号			
口座番号			<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	
フリガナ					
口座名義					