委　　任　　状

　 年 月 日

富 山 県 知 事　殿

委 任 者 （ 受 診 者 ）

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　㊞　※１

保 護 者 ※２

住　所　　　　　　　　　　　　　　　※３

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）氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

※２　委任者（受診者）が18歳未満の場合に記入すること。

※３　委任者（受診者）と異なる場合に記入すること。