

②

重度心身障害老人健康管理事業給付金等代理受領委任状

京都府の区域内に所在する重度心身障害老人健康管理事業に係る取扱い保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者及び施術所（以下「取扱い保険医療機関等」という。）の長に対して、次の事項を委任します。

私が重度心身障害老人健康管理事業の資格を喪失するまでの間に宇治市から給付を受ける重度心身障害老人健康管理事業給付金の受領に関すること。

ただし、私が取扱い保険医療機関等において、重度心身障害老人健康管理事業による健康保持に係る指導を受け、宇治市から重度心身障害老人健康管理事業給付金が受けられる場合であって、取扱い保険医療機関等の長と私の間に金銭貸借関係がある場合に限ること。

なお、上記により受領した重度心身障害老人健康管理事業給付金等については、金銭貸借関係の清算金に充当されたいこと。

令和 年 月 日

宇治市長 宛て

（委任者＝健康管理事業対象者本人）

住所

氏名

_____（自署又は記名押印）

受給者番号（記入不要）

--	--	--	--	--	--	--	--