

医療費助成金の受領にかかわる委任状

(はり・きゅう・あんま・マッサージ)

①受任者には施術者等（口座名義人と同じ）の住所・氏名を記入します。

受任者（住所） **札幌市中央区大通西11丁目1-1-101**
①
(氏名) **針野 一郎**

②施術年月を記入し、括弧内の医療費助成制度の種類に○を付けます。

私の都合により、上記の者に対して、次の事項を委任します。
私が請求した平成・令和 2 年 9 月分（子ども 重度心身障がい者・ひとり親家庭等）
医療費助成金の受領に関すること。

なお、受領する助成金については、受任者が指定する下記の金融機関口座に振込みされたいこと。

| | | |
|-----|-------|---|
| 振込先 | 金融機関名 | 北洋 <input checked="" type="radio"/> 銀行・信金 本店 信組・農協 札幌市役所 支店 |
| | 口座番号 | 普通 <input checked="" type="radio"/> 1 2 3 4 5 6 7 フリガナ ハリノ イチロウ 口座名義人 針野 一郎 |

※受任者の口座に限る

③助成金の振込先口座情報を記入します。口座名義人は受任者（施術者等）のものを正確に記入してください。

④委任者欄は、医療助成受給者（患者）の加入する医療保険の被保険者（国民健康保険の場合は世帯主）です。被保険者が自置したものを提出ください。ただし、委任者が記入することができないやむを得ない理由がある場合は、受任者等が代理記入し、委任者から押印を受けてください。

令和 2 年 9 月 29 日

(あて先) **中央** 区 長

委任者 (住所) **札幌市中央区北1条西2丁目**
④
(氏名) **札幌 太郎**

※委任者の氏名については、委任者が自己の氏名を署名してください。ただし、委任者が記入することができないやむを得ない理由がある場合は、受任者等が代理記入し、委任者から押印を受けてください。