

本申請書に基づく助成費に関する受領を代理人に委任します。				年	月	日
申請者	住所	代理人	住所			
(被保険者)	氏名		氏名			

※ この助成費の受領の代理人への委任は、**親乳子青** 医療費助成制度の施術療養費に係る取扱要領に従い行われるものです。
 ※ 助成費に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に署名してください。
 ※ ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患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には、施術管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。