

委任状

年 月 日

東京都知事 殿

施術管理者	{	住所	}	印
	氏名			

随心身障害者医療費助成制度施術療養費（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	{	郵便番号	}	印
	住所			
	氏名			

1 委任事項

心身障害者の医療費の助成に関する条例（昭和49年東京都条例第20号）第2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費の受領について、取扱要領の7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月前までに特段の意思表示がない場合には、期間満了の翌日において更に1年間更新したものとする。）

3 支払先

振込先金融機関						
金融機関名 ・店名	銀行 支店					
金融機関番号					支店番号	口座番号
					1 普通 2 当座	
フリガナ						
口座名義						