

受給者記入

## 委任状

受任者 瀬戸市長

上記の者に対して、次の事項を委任します。

私が 年 月 日 (相手方) \_\_\_\_\_ から受けた交通事故による損害のうち、瀬戸市 子・障・母・精・福 医療費助成条例の規定により、私について支給された福祉医療費に係る損害賠償額の請求及び受領に関すること。

なお、上記により受領した損害賠償額については、瀬戸市 子・障・母・精・福 医療費助成条例第\_\_\_\_条の規定により、私が瀬戸市に返還すべき額に充当されたいこと。

令和 年 月 日

委任者 住所 〒 \_\_\_\_\_

瀬戸市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

親権者 氏名 \_\_\_\_\_

子【子ども医療】 … 瀬戸市子ども医療費助成条例第9条

障【障害者医療】 … 瀬戸市中心身障害者医療費助成条例第8条

母【母子・父子家庭等医療】 … 瀬戸市母子・父子家庭等医療費助成条例第7条

精【精神障害者医療】 … 瀬戸市精神障害者医療費助成条例第8条