委　　任　　状

受任者　　四国中央市長　様

上記の者に対して、次の事項を委任します。

私が、＿＿＿＿年　月　日　加害者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿から受けた事故による損害のうち、下記の規定により、私について支給された医療費に係る損害賠償額の請求及び受領（以下「求償事務」という。）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、下記の規定により私が市・町　に返還すべき額に充当されたいこと。

また、上記の者が求償事務を愛媛県国民健康保険団体連合会等に委任（復代理人として選任）することについて同意します。

記

○　四国中央市こども医療費助成条例 第2条及び第4条
（規約：　　）

○　四国中央市心身障がい者医療費助成条例 第2条及び第4条
（規約：　　）

○　四国中央市ひとり親家庭医療費助成条例 第2条及び第4条
（規約：　　）

年　月　日

委任者

住所　四国中央市

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

受給者番号（＿＿＿＿＿＿＿＿）