様式第４号－３

委　　任　　状

受任者　　伊予市長　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　　から受けた交通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

○　乳幼児医療費の助成に関する条例第　　条及び第　　条
（規約：　　）

○　重度心身障害者医療費の助成に関する条例第　　条及び第　　条
（規約：　　）

○　ひとり親家庭医療費の助成に関する条例第　　条及び第　　条
（規約：　　）

年　　月　　日

委任者

住所

氏名　　印