委任状兼同意書（福祉助成事業）

事故発生年月日	令和　　年　　月　　日		
被害者（受給者）			
加害者（運転者）			
事業実施の市町名	近江八幡市		
福祉番号（助成番号）		受給者番号	

上記交通事故に係る「市町福祉医療費等の助成条例に基づく福祉医療費」について（助成事業名（注１）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）、私が加害者に対して有する損害賠償請求権に関して助成の価額の限度において加害者に請求し、かつ、賠償金（自動車損害賠償保障法に基づく損害賠償額を含む）を受領すること（「求償事務」という。）を市町長に委任します。

また、私が受けた上記の福祉医療費について、市町長が求償事務を滋賀県国民健康保険団体連合会に委託することを認めます。

なお、上記のほか、福祉医療費の助成について、加害者（保険会社等）へ損害賠償請求を行うにあたって、福祉医療費にかかる明細書（診療報酬明細書等）を提出することに同意します。

年　　月　　日

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

※署名又は記名押印

市　町　長　様

（注１）　上記本文中の「助成事業名」は、助成を受けることとなった乳幼児、母子家庭等の事業名を（　）内へ記載して下さい。

（注２）　被保険者が未成年の場合は、親権者が押印して下さい。