

**沖縄県母子及び父子家庭等医療費助成制度の
自動償還方式に関する事務取扱契約に係る委任状**

(委任者)	①医療機関名	
	②郵便番号	
	③住所	
	④電話番号	
	⑤FAX 番号	
	⑥委任する者の氏名	印
	⑦委任する者の役職	
	⑧記入担当者名	

※⑥及び⑦は本契約代表者を記入し、必ず捺印すること
(法人理事長、院長などの指定はないが、施設管理者であること)

当機関は、下記の団体を契約取りまとめ団体として、次の事項についての権限を委任致します。

重度心身障害者医療費助成制度の自動償還方式に関する事務取扱について、沖縄県医師会が集合契約を締結する沖縄県との「沖縄県重度心身障害者医療費助成制度の自動償還方式に関する事務取扱契約」を締結すること。

記

(契約取りまとめ団体) 沖縄県南風原町字新川 218-9
一般社団法人 沖縄県医師会
会 長 安 里 哲 好