

様式第 4 号

委 任 状

受任者 住 所 (市町村所在地)

名 称 (市町村名)

代表者 (市町村長)

事故年月日	年 月 日	事故場所	
被害者名		加害者名	

上記保険事故について、医療福祉費の支給に関する条例による医療福祉費の支給を受けた場合は、私が有する自動車損害賠償保障法に基づく損害賠償の請求および受領の権限を市町村長が支給の価額の限度において取得行使する事を委任します。

また、求償事務に関して市町村長が都道府県国民健康保険団体連合会を復代理人に選任する権限を委任します。

年 月 日

委任者

被害者住所

被害者氏名

㊞

(被害者が未成年のときは、親権者)