委任状

〇代理人

住所：

名前：

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

記

・委任事項：小児慢性特定疾病医療費支給認定申請に関する権限

令和　　年　　月　　日

〇委任者（申請者）

住所：

名前：　　　　　　　　　　　　　　印　（署名又は記名押印）