

委任状

○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

○委任者（申請者）

住所：_____

名前：_____ 印（署名又は記名押印）