

(参考様式)

# 委任状

私は次のものを代理人と定め、特定医療費支給認定申請に係る権限を委任します。

受任者

住所： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ ⑩

受給者との続柄： \_\_\_\_\_

委任者

住所： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ ⑩

\_\_\_\_\_ 年 月 日

(委任状の作成年月日)