

(参考様式)

# 委任状

私（受給者）は次のものを代理人と定め、指定難病に係る特定医療費の受領を委任します。

受任者

住所：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

氏名：\_\_\_\_\_ 印

受給者との続柄：\_\_\_\_\_

委任者（受給者）

住所：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

氏名：\_\_\_\_\_ 印

\_\_\_\_\_年 月 日

(委任状の作成年月日)