

(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：_____

受給者との続柄：_____

委任者（受給者）

住所：_____

氏名：_____

_____年 月 日

(委任状の作成年月日)