

# 委任状

私は、下記の者を代理人と定め、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請に関する一切の権限を委任します。

令和 年 月 日

○委任者（申請者）

住所：\_\_\_\_\_

名前：\_\_\_\_\_ 印（署名又は記名押印）

記

○代理人

住所：\_\_\_\_\_

名前：\_\_\_\_\_