

委任状

代理人（窓口に来る人）

住 所

氏 名

私は上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権限を委任します。

令和 年 月 日

委任者（18歳以上20歳未満の受診者）

住 所

氏 名

生年月日 平成 年 月 日

電話番号

※委任状は、委任者本人が記入してください。

※委任者の日中連絡のつく電話番号を記入してください。こちらから連絡する場合があります。