

# 委任状

令和 年 月 日

代理人（受任者）

住所：\_\_\_\_\_

氏名：\_\_\_\_\_

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

## 記

- ・ 特定医療費（指定難病）支給認定申請手続き

以上

受診者（委任者）

住所：\_\_\_\_\_

氏名：\_\_\_\_\_ 印（自署又は記名押印）