

# 委任状

私は、小児慢性特定疾病医療費の支給認定申請の手続きを下記の者に委任します。

令和 年 月 日

保健所長 様

委任者（申請者）

住 所

（ふりがな）

氏 名

印

（自署の場合は押印不要）

代理人

住 所

（ふりがな）

氏 名

（委任者との続柄： ）