

# 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。

来所する日

令和 年 月 日

静岡県御殿場保健所長 様

委任者（申請者）

住 所

（ふりがな）

氏 名

18歳以上：お子さまの名前

18歳未満：申請者の名前

・社会保険の場合：被保険者

・国民健康保険の場合：

同じ国民健康保険に加入する父もしくは母

印

（自署の場合は押印不要）

代理人

住 所

（ふりがな）

氏 名

窓口に来た人の名前

（委任者との続柄： ）