

委任状

<代理人 : 請求手続きをされる方>

〒

住所

氏名

⑩

(受診者との続柄)

私は、上記の者に、小児慢性特定疾病医療費に係る償還払いの請求に関する一切の権限を委任します。

令和 年 月 日

<委任者 : 受診者本人>

〒

住所

氏名

⑩