

## 委任状

(代理人：手続きをされる方)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(受給者との続柄 \_\_\_\_\_)

私は、上記の者に、先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の（新規申請・更新申請・内容変更）届に関する一切の権限を委任します。

令和 年 月 日

(委任者：受給者本人)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_