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