委　任　状

（代理人：申請手続きをされる方）

住所

　　　　　氏名

　私は、上記の者に、特定医療費支給認定の申請を委任します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

（委任者：患者本人）

住所

　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印