

# 委任状

<代理人 : 請求手続きをされる方>

〒

住所

氏名

㊞

(受給者との続柄 )

私は、上記の者に、特定医療費(指定難病)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 : 受給者本人>

〒

住所

氏名

㊞