

委任状

年 月 日

委任者（申請者） 住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

私は、下記の者を受任者（代理人）と定め、個人番号の提供を伴う小児慢性
特定疾病医療費申請に関する権限を委任します。

記

受任者（代理人） 住 所 _____
氏 名 _____ 受診者との続柄
電話番号 _____

※受任者（代理人）は、本人確認書類（運転免許証等）をお持ちください。