

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。