

委 任 状

代理人（住 所）

（氏 名）

（生年月日） 年 月 日

（電話番号）

（委任者との関係）

私は、上記の者を代理人と定め、次の事項における権限を委任します。

（委任事項）

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請、受給者証等記載事項変更届又は受給者証再交付申請について

年 月 日

委任者（住 所）

（氏 名）

（生年月日） 年 月 日

保健所の窓口に来所した際に、委任状の提出とともに、来所した方が委任を受けた代理人本人であることが確認できるもの（運転免許証等）を提示してください。