令和　　年　　月　　日

委 任 状

私は、下記のものを代理人と定め、福島市への新規小児慢性特定疾病医療費支給認定に係る申請を委任します。

記

委任者　住 所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞＿＿

上記の権限の委任を受けることを承諾します。

受任者　住 所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿