

委任状

私は、

保健福祉センター長を代理人と定め、

特定医療費（指定難病）の請求及び受領に関する権限を委任します。

年 月 日

受診者（患者）

住 所 _____

氏 名 _____

受給者番号 _____

委任状

私は、

大阪市〇〇区

保健福祉センター長を代理人と定め、

特定医療費（指定難病）の請求及び受領に関する権限を委任します。

令和 〇年 〇月 〇日

受診者（患者）

住 所 大阪市〇〇区××町1-1-1

氏 名 大阪 太郎

受給者番号 1 2 3 4 5 6 7