**【５４・生活保護受給者用**】

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

**記　入　例**

**【５４・生活保護受給者用**】

委　　任　　状

私は、　　**大阪市○○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　△**年　**△**月　**△**日

受診者（患者）

　　　　　住　　所　　　**大阪市○○区××町１－１－１**

　　　　　氏　　名　　　**大阪　太郎**

　　　　　受給者番号　　**１２３４５６７**