

# 委任状

私は、

〇 〇市

福祉事務所長を代理人と定め、

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。

〇〇年 〇月 〇日

受診者（患者）

住 所 〇〇市□□町1-2-3

氏 名 大阪 太郎

受給者番号 1 2 3 4 5 6 7