**【５４・生活保護受給者用**】

委　　任　　状

私は、　　　　　　　　　　　　　　　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。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

受診者（患者）

　　　　　住　　所

　　　　　氏　　名

　　　　　受給者番号