

# 委任状

年 月 日

代理人 氏名 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

私は上記の者を代理人と定め、次の権限を委任いたします。

記

特定医療費支給認定に係る個人番号申告の手続に関する一切のこと。

委任者 氏名 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_