

委任状

委任者 住所 〒

氏名 印

私は、次の者を代理人として、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請に関する権限を委任します。

代理人 住所 〒

氏名 印

(委任者との関係)

(電話番号 — —)

(携帯電話 — —)

令和 年 月 日

徳島県知事 殿