

療養費申請に関する 委任状

(代理人) 住所

氏名

上記の者を代理人と定め、下記の事項を委任します。

記

1. 特定医療費（指定難病）医療療養費申請に関する権限
2. 特定医療費（指定難病）医療療養費申請の受領に関する権限

令和 年 月 日

(委任者) 住所

氏名

住所

氏名

住所

氏名

備考 受給者が死亡したことがわかる書類及び法定相続人の確認ができる書類を添付してください。

(※ 保護者・委任者全員の戸籍謄本の写し等)