

委任状

代理人

氏名 _____ 生年月日 _____

住所 _____

連絡先 _____

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

（委任する内容）

1、特定医療費（指定難病）受給者証に係る手続きに関すること

手続き例：新規申請、更新申請、変更申請、変更届、再交付申請、

再申請、返還届、転入届

2、特定医療費（指定難病）受給者証の受領に関すること

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

委任者（受給者本人）

氏名 _____ 生年月日 _____

住所 _____

連絡先 _____