

## 委任状

私は、\_\_\_\_\_に対し、小児慢性特定疾病医療費（令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月  
診療分\_\_\_\_\_円）の請求及び受領を委任します。

令和 年 月 日

住 所

委任者  
(受診者・受給者)

氏 名

印