

委任状

令和 年 月 日

申請者（委任者） 住 所 _____

氏 名 _____ 印

連絡先 _____

心身障害者医療費の支給について下記の者を代理人と定め、医療費の受領に関する権限を委任します。

代理人（受任者） 住 所 _____

氏 名 _____

申請者との続柄 _____

連絡先 _____