

# 委任状

(代理人)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

私は、上記の者を代理人と定め、自立支援医療（更生医療）申請に関する権限を委任します。

年 月 日

(委任者)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_