

委任状

年 月 日

豊中市長様

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請に関する権限を、下記の者に委任します。

受任者（家族等）

（住所） _____

（氏名） _____

（続柄） _____

委任者（成年患者本人） ※自著によること

（住所） _____

（氏名） _____

（電話番号） _____