

# 委任状

委任者 住所 〒

氏名

印

私は、次の者を代理人として、小児慢性特定疾病医療費支給認定手続きに関する権限を委任します。

代理人 住所 〒

氏名

印

(委任者との関係 )

(電話番号 — — )

(携帯電話 — — )

平成 年 月 日

茨城県知事 殿