

委任状

平成 年 月 日

委任者 住所 _____
氏名 _____ ⑩
電話番号 _____

私は、下記のことを代理人と定め、母子保健法に基づく療育医療給付申請に関する一切の権限を委任します。

記

代理人 住所 _____
氏名 _____
生年月日 _____