

# 委任状

受任者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

私は、上記の \_\_\_\_\_ を代理人と定め、特定医療費（指定難病）に関する償還金の請求及び受領の権限を委任します。

年 月 日

広島県知事様

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

受給者番号 \_\_\_\_\_