

委 任 状

代理人 住所 _____

氏名 _____

私は、上記の者を代理人と定め、小児慢性特定疾病医療費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

(委任者：申請者)

住所 _____

氏名 _____ 印