様式第13号

**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　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞