

委任状

年 月 日

(宛先) 東大阪市長

(委任者)

住 所

氏 名

印

※自署の場合、押印省略可能です。

私は、下記の者を代理人と定め、東大阪市小児慢性特定疾病医療費支給認定の申請に関する権限を委任いたします。

(代理人)

住 所

氏 名

受給者との続柄 ()