

# 委任状

委任者 住所  
氏名

私は、次の者を代理人として、指定難病特定医療費支給認定手続き及び受給に関する権限を委任します。

代理人 住所  
氏名

(委任者との関係 )

(電話番号 — — )

(携帯電話 — — )

年 月 日

茨城県知事 殿

注) 代理人の連絡先情報は取り下げ依頼があるまで継続します