

# 委 任 状

私は、医療福祉費の申請・受領に関する権限を\_\_\_\_\_  
に委任します。

令和 年 月 日

(委任者の住所) \_\_\_\_\_

(委任者の氏名) \_\_\_\_\_ (印)

(受任者の住所) \_\_\_\_\_

(受任者の氏名) \_\_\_\_\_ (印)