

成年患者（18歳以上）の支給認定手続き用

## 委任状

令和 年 月 日

鹿児島県知事 殿

私は、下記の者を代理人と定め、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請に係る手続きを委任します。

受任者（代理人）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

委任者との続柄 \_\_\_\_\_

委任者（成年患者本人）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_