

感染症患者医療費公費負担申請に係る委任状

(委任者 (申請者)) 住所 _____

氏名 _____ ⑩

*自書による署名の場合は押印不要

生 年 月 日 M・T・S・H 年 月 日

委任者との関係 (_____)

申請に際し、下記の者を代理人として委任します。

平成 年 月 日

(代理人) 住所 _____

氏名 _____

生年月日 M・T・S・H 年 月 日

(個人番号利用者名)

_____ 大分県東部保健所長