

第8号様式（第14関係）

委 任 状

年 月 日

青 森 県 知 事 殿

委任者 住所  
(受給者)

氏名

印

私は、特定疾患療養費の請求及び受領に係る一切の権限を、下記の者に委任します。

記

受任者 住所

氏名

続柄