

委 任 状

受 任 者 住所 _____

氏名 _____

私は、上記の _____ を代理人と定め、札幌市から受ける特定医療費の償還払における申請、受領等に係る一切の権限を委任します。

年 月 日

札幌市長 宛て

住所 _____

氏名 _____

受給者番号 _____