様式５

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。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日

　　札 幌 市 長 宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　住 所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　受給者番号