

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 _____