**委　　　任　　　状**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受任者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　私は，上記の　　　　　　　　を代理人と定め，特定医療費（指定難病）に関する償還金の請求及び受領の権限を委任します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　広 島 県 知 事 様

　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　受給者番号