

委任状

令和 年 月 日

石川県知事 殿

委任者

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____

私は、下記の者に、小児慢性特定疾病医療費の支給に係る申請
または変更の届出及びマイナンバーの利用、提供等の取扱いを委任
します。

代理人

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____