



# 委任状

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

私は次の者

住所\_\_\_\_\_

氏名\_\_\_\_\_ 委任者との関係\_\_\_\_\_

を代理人（受任者）と定め、食事療養差額に関する下記の権限を委任します。

記

（1～3のいずれか一つを丸で囲んでください。）

- 1 申請に関すること。
- 2 受領に関すること。
- 3 申請及び受領に関すること。

年 月 日

委任者

住所\_\_\_\_\_

氏名\_\_\_\_\_ (印)

連絡先電話番号\_\_\_\_\_

以上