様式第２９号

療養費申請に関する
申　　立　　書

（代理人）　住　所

氏　名

上記の者を代理人と定め、下記の事項を委任します。

記

１．小児慢性特定疾病医療療養費申請に関する権限

２．小児慢性特定疾病医療療養費申請の受領に関する権限

令和　　年　　月　　日

（委任者）　住　所

氏　名

住　所

氏　名

住　所

氏　名

備考　１　保護者が死亡したことがわかる書類及び保護者と委任者の関係がわかる書類を添付してください（※保護者・委任者全員の戸籍謄本の写し等）。