**委　　任　　状**

　　　　受任者（申請者）

住 所

氏 名

私は、上記の者を代理人と定め、愛知県から受領する感染症療養費の申請、請求及び受領について、一切の権限を委任します。

 　　年 　　月 　　日

　　　　　委任者（患者）

住　所

氏　名