委任状

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事　様

（代理人）

住　所

氏　名

　私は上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

　入院時食事療養支援事業の請求に係る受領に関する一切の行為

（本人）

住　所

氏　名　　　　　　　　　　印