

第8号様式（第13関係）

委 任 状

年 月 日

青 森 県 知 事 殿

委任者 住所  
(受給者)

氏名

印

私は、先天性血液凝固因子障害等療養費の請求及び受領に係る一切の権限を、  
下記の者に委任します。

記

受任者 住所

氏名

続柄