

(裏面)

事業所名	訪問介護 () 訪問入浴介護 () 福祉用具貸与 () 福祉用具購入 () 居宅介護支援 ()
公的制度 受給状況	生活保護の受給 (有・無) 小児慢性特定疾病医療費助成 (有・無) ※生活保護を受給している場合は、受給資格を証明する書類を添付してください。

※ 医師の意見書(様式第2号)と住民票の写し(発行日より6か月以内かつマイナンバーの記載がないもの)等を添付してください。

※ 必要があるときは、医師にお問い合わせする場合がありますので、ご了承ください。

※ 支援事業を利用しようとする者以外の者が申請する場合は、下記の欄に記載願います。

委 任 状

和歌山県知事 様

(代理人) 住 所

氏 名 (自署)

私は、上記の者を代理人と定め、和歌山県若年がん患者在宅療養支援事業の申請に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

(委任者) 住 所

氏 名 (自署)