

委 任 状

代理人（住 所）

（氏 名）

（生年月日） 年 月 日

（電話番号）

（委任者との関係）

私は、上記の者を代理人と定め、次の事項における権限を委任します。

（委任事項）

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請、記載事項変更届又は受給者証再交付申請に伴う個人番号提供に関することについて

年 月 日

委任者（住 所）

（氏 名）

（生年月日） 年 月 日

- 1 委任者は記名してください。
- 2 個人番号確認に必要ですので、委任者の個人番号カード、住民票と記載事項が一致する通知カード又は個人番号が記載された住民票（それぞれ写し可）のいずれかを持参してください。
- 3 保健所の窓口に来所した際に、委任状の提出とともに、来所した方が委任を受けた代理人本人であることが確認できるもの（運転免許証等）を提示してください。
- 4 委任状の様式はこの様式に限らず、要件が整っておれば任意様式で結構です。