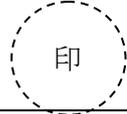


# 委任状

(委任者) 住所： \_\_\_\_\_

※申請者

氏名： \_\_\_\_\_



生年月日：大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

私は、下記の者を代理人と定め、

- 1 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請（新規・更新・転入）
- 2 小児慢性特定疾病医療費支給認定変更申請
- 3 小児慢性特定疾病医療受給者証記載事項変更届

の手續における個人番号の提供に関する権限を委任します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(代理人) 住所： \_\_\_\_\_

※窓口に来る人

氏名： \_\_\_\_\_

生年月日：大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※ 手續にあたり、確認のため次のものをお持ちください。

- ・申請書に記載した個人番号が確認できる書類（番号通知カード、個人番号カードなど）
- ・代理人の本人確認のできる書類（運転免許証、パスポートなど）