

委任状

令和 年 月 日

私は、次の者を代理人と定め下記の手続きの権限を委任します。

受任者（代理人）

住 所： _____

電 話： _____

氏 名： _____

委任者との関係： _____

記

委任事項（該当する手続きにチェックを入れてください。）

<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (<input type="checkbox"/> 交付申請 <input type="checkbox"/> 再交付申請 <input type="checkbox"/> 変更申請)	<input type="checkbox"/> 自立支援医療(精神通院) (<input type="checkbox"/> 支給申請 <input type="checkbox"/> 変更届 <input type="checkbox"/> その他_____)
<input type="checkbox"/> 精神障害者福祉手帳 (<input type="checkbox"/> 交付申請 <input type="checkbox"/> 再交付申請 <input type="checkbox"/> 変更申請)	<input type="checkbox"/> 自立支援医療(更生医療) (<input type="checkbox"/> 支給申請 <input type="checkbox"/> 変更届 <input type="checkbox"/> その他_____)
<input type="checkbox"/> 特別障害者手当 (<input type="checkbox"/> 認定請求 <input type="checkbox"/> 変更届 <input type="checkbox"/> その他_____)	<input type="checkbox"/> 自立支援医療(育成医療) (<input type="checkbox"/> 支給申請 <input type="checkbox"/> 変更届 <input type="checkbox"/> その他_____)
<input type="checkbox"/> 障害児福祉手当 (<input type="checkbox"/> 認定請求 <input type="checkbox"/> 変更届 <input type="checkbox"/> その他_____)	<input type="checkbox"/> 自立支援給付(障害福祉サービス) (<input type="checkbox"/> 給付申請 <input type="checkbox"/> その他_____)
<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 (<input type="checkbox"/> 認定請求 <input type="checkbox"/> 変更届 <input type="checkbox"/> その他_____)	<input type="checkbox"/> 障害児通所支援 (<input type="checkbox"/> 給付申請 <input type="checkbox"/> その他_____)
<input type="checkbox"/> 補装具費給付申請	<input type="checkbox"/> その他(記入してください) _____

委任者（請求者）

住 所： _____

電 話： _____

氏 名： _____

印

(自署による場合、押印は必要ありません)

* 受任者（代理人）は、身元確認書類として以下の①または②を提示すること。

- ① 官公署から発行された顔写真入りの書類（個人番号カード、運転免許証等）1つ
- ② 上記①以外の書類（健康保険証、年金手帳等）を2つ以上