

委任状

申請者

年 月 日
(委任状を記入した日)

住所： 相模原市 区

氏名： _____

生年月日： 年 月 日

電話番号： () _____

私は、次の者を代理人と定め、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請の権限を委任します。

代理人 (窓口に来る方)

住所： 相模原市 区

氏名： _____

生年月日： 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

電話番号： () _____

申請時に確認させていただくもの

- ・代理人の身元確認(代理人の個人番号カード、代理人の運転免許証 等)
- ・本人の番号確認(本人の個人番号、本人の通知カード、本人の個人番号が記載された住民票 等) 写しも可。

注意事項

- ・委任する本人が作成してください。
- ・パソコン等で作成する場合も、本人の住所・氏名は委任者が必ず自筆で署名してください。