

委任状

(代理人) 住所：_____
※たのまれた人
氏名：_____

生年月日：大・昭・平 年 月 日

私は、上記の者を代理人と定め、下記の事項を委任します。

記

以下の申請における個人番号の提供に関する権限。

1. 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請（新規・更新）
2. 小児慢性特定疾病医療受給者証記載事項変更届
3. 小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請

令和 年 月 日（※記入した日）

(委任者) 住所：_____
※たのんだ人
氏名：_____

生年月日：大・昭・平 年 月 日

連絡先電話番号：_____

※上記の提出について、お電話で確認をさせていただく場合がございますので、日中に連絡のとれる電話番号をご記入ください。

以上