委　任　状

|  |  |
| --- | --- |
| 代  理  人 | 〒  住所 |
| 氏名  印 |
| 委任者との関係 |
| 生年月日 |
| 電話番号 |

　私は、上記のものを代理人と定め、下記の権限を委任します。

記

* 申請に対する個人番号(マイナンバー)の使用に関する権限
* 身体障害者手帳の交付・再交付・変更の申請に関する手続き
* 身体障害者手帳の受け取りに関する手続き
* 更生医療の申請に関する手続き
* 特別障害者手当の申請に関する手続き
* 特別児童扶養手当・障害児福祉手当の申請に関する手続き
* 補装具費の支給申請に関する手続き
* 日常生活用具費の支給申請に関する手続き

令和　 　年 　　月 　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 委  任  者 | 〒  住所 |
| 氏名  印 |
| 生年月日 |
| 電話番号 |