

委任状

蒲 郡 市 長 様

住 所

委任された者

(代理人)

氏 名

(続柄

)

連絡先

私は上記の者を代理人と定め、下記の手続きを私に代わって行うことを委任します。

【委任内容に○をつけてください。】

| | |
|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | 身体障害者手帳に関する事 |
| <input type="checkbox"/> | 精神保健福祉手帳に関する事 |
| <input type="checkbox"/> | 自立支援医療（精神通院）に関する事 |
| <input type="checkbox"/> | 自立支援医療（更生医療）に関する事 |
| <input type="checkbox"/> | 自立支援医療（育成医療）に関する事 |
| <input type="checkbox"/> | 障害福祉サービスに関する事 |
| <input type="checkbox"/> | 児童通所支援に関する事 |
| <input type="checkbox"/> | 補装具に関する事 |
| <input type="checkbox"/> | その他（) |

令和 年 月 日

住所

委任した者

(委任者)

氏名

印

(続柄

)

委任された方（代理人）の身元確認書類（運転免許証など写真付きのもの1点または保険証など写真のないもの2点）をご提示ください。