

別紙様式

委 任 状

代理人（住 所）

（氏 名）

（生年月日） 年 月 日

（電話番号）

（委任者との関係）

私は、上記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、受給者証等記載事項変更届又は受給者証再交付申請に伴う個人番号（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定める個人番号をいう。）を提供する権限を委任します。

年 月 日

委任者（住 所）

（氏 名） ⑩

（生年月日） 年 月 日

- 1 委任者は記名押印してください。
- 2 個人番号確認に必要ですので、委任者の個人番号カード、通知カード又は個人番号が記載された住民票（それぞれ写し可）のいずれかを持参してください。
- 3 保健所の窓口に来所した際に、委任状の提出とともに、来所した方が委任を受けた代理人本人であることが確認できるもの（運転免許証等）を提示してください。
- 4 この委任状の様式は山形県小児慢性特定疾病医療費支給認定申請、変更申請・変更届及び受給者証再交付申請用です。委任状の様式はこの様式に限らず、要件が整っていれば任意様式で結構です。