

委任状

年 月 日

下記の者を代理人と定め、所定の権限を委任します。

委任を受けた人 (窓口に来られる方)	住 所	_____
	氏 名	_____
	生 年 月 日	____年 ____月 ____日
	委任者との関係	_____
	電話番号	_____

委任する内容

- ・身体障害者手帳 ・申請 ・受領 ・その他 ()
- ・療育手帳 ・申請 ・受領 ・その他 ()
- ・障害者手帳 ・申請 ・受領 ・その他 ()
- ・自立支援医療関係
- ・その他

()

委任した人

住 所	_____
氏 名	_____ 印
生年月日	____年 ____月 ____日

*原則、委任した人が全て自筆で記載のうえ、署名・押印してください。

(コピー・FAX不可)