

委任者（頼む人）本人が、すべて記入してください。

委 任 状

年 月 日

（宛先）春日市長

委任者（頼む人）

住 所 _____

氏 名（自署） _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日

連 絡 先（ _____ ） _____ - _____

私は、下記の者を代理人と定め、自立支援医療費（更生医療・育成医療・精神通院医療）の支給認定申請に関すること及び当該手続に関して春日市に個人番号を提供する必要がある場合にはその権限を委任します。

代理人（頼まれた人）

代理人が医療機関の場合は、印鑑（代表者の印鑑でも可）をお願いします。

住 所 _____

氏 名 _____

黒のボールペンで記入してください。

連絡先には、日中に連絡がとれる電話番号を記入してください。