

# 委 任 状

(代理人)

住所 \_\_\_\_\_

名前 \_\_\_\_\_

委任者との関係 ( )

私は、上記の者を代理人と定め下記の権限について委任します。

(委任事項)

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請に関する権限

年 月 日

(委任者 (申請者))

住所 \_\_\_\_\_

名前 \_\_\_\_\_ 印

福 山 市 長 様

- 1 委任者は自署（又は記名押印）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又はその写し、通知カード又はその写し（※）、個人番号が記載された住民票の写し又はその写しのいずれかを持参してください。
- 3 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。

(※)「通知カード又はその写し」は、デジタル手続法施行日（令和2年5月25日）以降、次の場合に限り利用可能です。  
・通知カードの記載事項（氏名、住所、生年月日、性別、個人番号）の変更を行うべき事由が発生しておらず、記載事項に変更がない場合  
・デジタル手続法施行日前までに改姓や転居等により記載事項に変更があったが、デジタル手続法施行日前までに変更手続きがとられており、デジタル手続法施行日以降変更を行うべき事由が発生していない場合