

委任状

年 月 日

宇佐市福祉事務所長 殿

申請者 (委任する 人)	現住所	〒 電話番号：
	ふりがな 氏名	 ⑩
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日

私は、次の者を代理人と定め、下記の委任事項及び個人番号提供の権限を委任します。

代理人 (窓口に来る 人)	現住所	〒 電話番号：
	ふりがな 氏名	 続柄
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日

委任事項	<input type="checkbox"/> 障害者手帳（身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳） <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス・障害児通所 <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 自立支援医療費 <input type="checkbox"/> 地域生活支援事業 <input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当・特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当 <input type="checkbox"/> その他（ ）
------	---

※委任状は、委任する本人がすべて記入してください。

本人以外の方が記入したもの又は本人の意思がなく作成された委任状は、後日問題が発生した場合、委任状を偽造したものとして私文書偽造罪（刑法第159条）により刑事罰の対象となるとともに、民事上の賠償責任を負うことにもなりますので、ご注意ください。

----- ※以下は記入しないでください -----

代理人の身元確認方法		
1点書類	運転免許証・個人番号カード・パスポート・その他（ ）	記号番号 （ ）
2点書類	健康保険証・年金証書・住基カード(写真無)・その他（ ）	記号番号 （ ）