

委任状

(代理人)

住所 _____

氏名 _____

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手続きに係る権限（行政手続き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第2条第5項に定める個人番号を提供する権限を含む。）。

年 月 日

(委任者（保護者又は成年患者）)

住所 _____

氏名 _____

栃木県知事 様

注 保護者又は成年患者本人ではなく、別の方（家族を含む）が「申請者となる場合」又は「申請書を持参する場合」、本様式の提出が必要です。