

# 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)

特定医療費（指定難病）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（受診者又は保護者）)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

栃木県知事 様

注 申請書類の提出を受診者又は保護者本人ではなく、別の方（家族を含む）が申請又は申請書を提出する場合、本様式の提出が必要です。