委　任　状

私は、下記の代理人に、行政手続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（平成２５年法律第２７号）に規定される、個人番号の利用・提供等の取扱いを含む小児慢性特定疾病医療費支給申請に係る手続きを委任します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

神奈川県　　保健福祉事務所長　殿

　　　　　　　　　　　　　　委任者（申請者）

住　所

氏　名

代理人

住　所

氏　名

（申請者との関係：　　　　）