

委任状

平成 年 月 日

清須市長様

申請者（受給者）

住 所

氏 名 ⑩

生年月日

（自筆で記入し、押印してください。）

下記の者を代理人と定め、申請者（受給者）（ ）における以下の手続き等を委任します。

記

委任事項

- 1、身体障害者手帳申請等の手続きに関する件
- 2、精神障害者保健福祉手帳申請等の手続きに関する件
- 3、自立支援医療（精神通院）申請等の手続きに関する件
- 4、自立支援医療（更生医療・育成医療）申請等の手続きに関する件
- 5、（ ）に関する件

該当する手続きの番号に「○」をしてください。

代理人

住 所

氏 名 ⑩

生年月日

※代理人が窓口にお越しの際には、顔写真つきの身分証明書をご持参ください。

記入例

委任状

平成〇〇年〇〇月〇〇日

清須市長様

◆15 歳未満のかたが身体障害者手帳を申請する場合は、保護者が申請者となります。

◆18 歳未満のかたが自立支援医療（精神通院・育成医療）を申請する場合は、保護者が申請者となります。

申請者（受給者）

住 所 清須市須ヶ口 1238 番地

氏 名 清須太郎 ⑩ ⑩

生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日

（自筆で記入し、押印してください。）

下記の者を代理人と定め、申請者（受給者）（ 清須太郎 ）における以下の手続き等を委任します。

記

委任事項

- 1、身体障害者手帳申請等の手続きに関する件
 - ②、精神障害者保健福祉手帳申請等の手続きに関する件
 - 3、自立支援医療（精神通院）申請等の手続きに関する件
 - 4、自立支援医療（更生医療・育成医療）申請等の手続きに関する件
 - 5、（ ）に関する件
- 該当する手続きの番号に「○」をしてください。

代理人

住 所 清須市清洲一丁目 6 番地 1

氏 名 清須花子 ⑩

生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日

※代理人が窓口にお越しの際には、顔写真つきの身分証明書をご持参ください。