|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 委 任 状（障がい福祉手続き用） 都城市福祉事務所長 宛て 受任者（窓口に来る方、代理人）

|  |  |
| --- | --- |
| 住 所  |  |
| 氏 名  |   |
| 生年月日  |   |
| 連絡先  |   |

私は、自ら窓口に来られませんので、上記の者に以下の権限を委任します。 該当する権限に　　　　を記入してください 身体障害者手帳　・　療育手帳　・　精神障害者保健福祉手帳自立支援医療（育成　・　更生　・　精神）　・　重度心身障害者医療費助成　・手当（特別児童扶養手当　・　障害児福祉手当　・　特別障害者手当　）　・日常生活用具　・　補装具　・　重度障害者タクシー等利用券　・　健康増進施設利用割引券（温泉券）　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　に関する手続き　　　　　　　　年　　　月　　　　日委任者（本人）

|  |  |
| --- | --- |
| 住 所  |  都城市 |
| 氏 名  |   |
| 生年月日  |   |
| 連絡先  |   |

 |

※全て委任者本人が記入してください。代筆の場合は余白に代筆者の氏名を記入してください。

※受任者、委任者それぞれの本人確認書類をお持ちください。