|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。