

委任状

(代理人) 住所 _____

氏名 _____

私は、上記の者を代理人と定め、下記の事項を委任します。

記

- 妊娠届出（母子健康手帳）
- 小児慢性特定疾病
- 養育医療
- 自立支援医療（育成医療）

の提出における個人番号の提供に関する権限

年 月 日

(委任者) 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

連絡先電話番号 _____

※提出書類について、お電話で確認をさせていただく場合がございますので、日中に連絡のとれる電話番号を御記入ください。