委　任　状

　年　　　　　月　　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 代理人  （窓口に来られる方） | 住　　所 |
| 氏　　名 |
| 生年月日  　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日生 |

　私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限に関する一切を委任します。

|  |  |
| --- | --- |
| 委任事項 | □　身体障害者手帳に関する各種申請手続き  □　療育手帳に関する各種申請手続き  □　精神障害者保健福祉手帳に関する各種申請手続き  □　自立支援医療（更生医療）費に関する各種申請手続き  □　自立支援医療（精神通院）費に関する各種申請手続き  □　自立支援医療（育成医療）費に関する各種申請手続き  □　障害福祉サービスに関する各種申請手続き  □　障害児通所支援（多子軽減を含む）に関する各種申請手続き  □　高額障害児通所給付費・高額障害福祉サービス等給付費等に関する  　　各種申請手続き   * 補装具費支給に関する各種申請手続き * 移動支援に関する各種申請手続き * 日中一時支援に関する各種申請手続き * 地域活動センターに関する各種申請手続き * 日常生活用具に関する各種申請手続き * 身体障害者等入浴サービス事業に関する各種申請手続き * 意思疎通支援事業に関する各種申請手続き * 特別障害者手当に関する各種申請手続き * 障害児福祉手当に関する各種申請手続き * その他（　　　　　　　　　　　　　　　）に関する各種申請手続き   付記事項 |
| 委任者  （委任する方） | 住　　所  氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※自署でない場合は、記名押印してください。  生年月日　　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　　日生  連絡先 |

* 代理人の本人確認を行いますので、必ず身分証明書等を持参ください。

写真あり書類（運転免許証、パスポート、障害者手帳等）は１種類で可

写真なし書類（健康保険証、年金手帳、児童扶養手当証書、特別児童扶養手当証書等）は２種類必要