

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 | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳に関する各種申請手続き <input type="checkbox"/> 療育手帳に関する各種申請手続き <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳に関する各種申請手続き <input type="checkbox"/> 自立支援医療（更生医療）費に関する各種申請手続き <input type="checkbox"/> 自立支援医療（精神通院）費に関する各種申請手続き <input type="checkbox"/> 自立支援医療（育成医療）費に関する各種申請手続き <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスに関する各種申請手続き <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 補装具費支給に関する各種申請手続き <input type="checkbox"/> 移動支援に関する各種申請手続き <input type="checkbox"/> 日中一時支援に関する各種申請手続き <input type="checkbox"/> 地域活動センターに関する各種申請手続き <input type="checkbox"/> 日常生活用具に関する各種申請手続き <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 意思疎通支援事業に関する各種申請手続き <input type="checkbox"/> 特別障害者手当に関する各種申請手続き <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当に関する各種申請手続き <input type="checkbox"/> 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