

委 任 状

年 月 日

富山県知事 殿

私は、下記の者を代理人と定め、次の事項における権限を委任します。

(委任事項)

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請に伴う個人番号提供に関することについて

代理人

住 所

氏 名

生年月日

年 月 日

委任者との関係

委任者 (申請者)

住 所

氏 名

生年月日

年 月 日

- 1 委任者は自署してください。
- 2 個人番号確認に必要ですので、委任者のマイナンバーカードまたは通知カードを持参してください。
- 3 厚生センター (支所) の窓口に来所した際に、委任状の提出とともに、来所した方が委任を受けた代理人本人であることが確認できるもの (運転免許証等) を提示してください。