

委任状

群馬県知事 あて

年 月 日

委任者

住所

氏名

生年月日

年 月 日

私（委任者）は、以下の者（代理人）に小児慢性特定疾病医療給付の申請に関する権限を委任します。

代理人

住所

氏名

生年月日

年 月 日

※必要事項を記載してください。

※窓口で代理人の身元（実存）確認が必要となりますので、以下に記載の代理人の書類をご持参ください。

(1) 以下の書類のいずれか1つが必要

- ①運転免許証 ②運転経歴証明書 ③旅券（パスポート）④身体障害者手帳
- ⑤精神障害者保健福祉手帳 ⑥療育手帳 ⑦在留カード ⑧特別永住者証明書
- ⑨個人番号カード

(2) 上記がない場合は以下の書類の2つ以上が必要

- ①公的医療保険の被保険者証 ②年金手帳 ③児童扶養手当証書
- ④特別児童扶養手当証書 ⑤小児慢性や特定医療（指定難病）等の医療受給者証 ⑥社員証、学生証 ⑦住民票 ⑧福祉医療受給者証