

委任状

群馬県知事 あて

令和〇年〇月〇日

委任者※申請者情報を記入してください。

住所 〇〇県〇〇市〇〇町 1-1-1

氏名 群馬 次郎

生年月日

〇年〇月〇日

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※申請者の代わりに窓口で申請手続を行う方の情報を記入してください。

住所 〇〇県〇〇市〇〇町 1-1-1

氏名 群馬 花子

生年月日

〇年〇月〇日

※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