

委任状

年 月 日

豊田市長 様

申請者（保護者）

住所

氏名

（自署）

私は、以下の者を代理人と定め、自立支援医療（育成医療）の支給に係る個人番号の提供権限を委任します。

代理人（来庁者）

住所

氏名

※申請者（保護者）本人が上記すべてを記載してください。

※個人番号確認書類として、受診者と同一保険加入者の個人番号カード又は通知カード（写しでも可）を添付してください。

※代理人の身元確認書類として、以下の書類をご持参ください。

・写真付身分証明書（個人番号カード、運転免許証、パスポートなど）の場合は、1種類

・写真のない身分証明書（保険証、年金手帳など）の場合は、2種類