

# 委任状

藍住町長 殿

令和 年 月 日

①委任者（申請者）

住 所 藍住町 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印（スタンプ式不可）

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

電話番号 \_\_\_\_\_

私は、下記の者を代理人と定め、次のことを委任します。

②代理人（窓口に来られる方）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印（スタンプ式不可）

続 柄 \_\_\_\_\_

③委任事項（該当する事項にチェックしてください。）

検診受診券の受領

自立支援医療受給者証・精神障害者保健福祉手帳の申請

自立支援医療受給者証・精神障害者保健福祉手帳の受領

その他（ \_\_\_\_\_ ）

※職員確認欄

本人 確認	1点確認	<input type="checkbox"/> 個 <input type="checkbox"/> 免 <input type="checkbox"/> 旅 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
	2点確認	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 後 <input type="checkbox"/> 介 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> はぐくみ <input type="checkbox"/> 学生
		<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

## 委任状

藍住町長 殿

令和 8 年 2 月 1 日

## ①委任者（申請者）

住所 藍住町 奥野字矢上前 32 番地 1

氏名 藍住 花子 印 (スタンプ式不可)

生年月日 昭和 55 年 5 月 5 日

電話番号 ●●●●-●●●●-●●●●

私は、下記の者を代理人と定め、次のことを委任します。

## ②代理人（窓口に来られる方）

住所 藍住町奥野字矢上前 52 番地 1

氏名 藍住 太郎 印 (スタンプ式不可)

続柄 父

## ③委任事項（該当する事項にチェックしてください。）

 検診受診券の受領 自立支援医療受給者証・精神障害者保健福祉手帳の申請 自立支援医療受給者証・精神障害者保健福祉手帳の受領 その他（ ）

※職員確認欄（記入しないでください）

本人確認	1点確認	<input type="checkbox"/> 個 <input type="checkbox"/> 免 <input type="checkbox"/> 旅 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	2点確認	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 後 <input type="checkbox"/> 介 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> はぐくみ <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他（ ）