

桂川町長 井上 利一 殿

委任状

精神保健福祉手帳・自立支援医療（精神通院）代理申請

年 月 日

(受診者)

住 所：桂川町大字 _____

氏 名： _____ 印

連絡先： _____

(保護者)

住 所：桂川町大字 _____

氏 名： _____ 印

連絡先： _____

私は下記の者を代理人と定め、次の事項を委任します。

委任事項：精神保健福祉手帳又は自立支援医療（精神通院）の申請に係る個人番号等を
提供すること。

【代理人】

住 所： _____

氏 名： _____ 印

連絡先： _____