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：