委　任　状

≪代理人≫

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署又は記名押印）

電話番号

　私は上記のものを代理人として定め、精神障害者保健福祉手帳および自立支援医療（精神通院医療）の申請などに関する権限を委任します。

　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　≪本人≫

　　　　　　住　　所

　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　 （自署又は記名押印）