

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)