委　任　状

（あて先）高崎市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　月　　日

代　理　人

住所

氏名

私（委任者）は、上記の者（代理人）に小児慢性特定疾病医療費助成の申請に関する権限を委任します。

委　任　者

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　昭和・平成　　　　年　　　月　　　日

**※窓口で代理人の本人確認が必要になりますので、以下に記載の本人確認書類をご持参ください。**

（１）以下の書類のいずれか１つが必要

　①運転免許証　②運転経歴証明書　③旅券（パスポート）④身体障害者手帳　⑤精神障害者保健福祉手帳　⑥療育手帳　⑦在留カード　⑧特別永住者証明書　⑨個人番号カード

（２）上記がない場合は以下の書類の２つ以上が必要

　①公的医療保険の被保険者証　②年金手帳　③児童扶養手当証書　④特別児童扶養手当証書　⑤母子手帳　⑥印鑑登録証明書　⑦指定難病受給者証　⑧その他身分証明書・公的書類（社員証や学生証など）