**委　任　状**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　**令和　　年　　月　　日**

**愛 川 町 長　　殿**

**（委任する人）**

**住　　所**

**氏　　名**

**生年月日　明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日**

**私は次の者を代理人と定め、**

**□　自立支援医療費（精神通院・育成医療・更生医療）支給認定等**

**□　身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳**

**□　障害福祉サービス**

**□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**に関する（変更を含む）申請・届出についての権限を委任します。**

**（代理人）**

**住　　所**

**氏　　名**

**生年月日　明治・大正・昭和・平成　　　年　　月　　日**

**電話番号　　　　　 - 　　　　　　-**

**委任する人との関係**

**《注　意》**

**この委任状は原則として、すべて委任する人が記入してください。**