

## 委 任 状

令和 年 月 日

私は、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請に際し、佐賀県に対して、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第2条第5項に定める個人番号を提供する権限を、

受任者住所： \_\_\_\_\_

受任者氏名： \_\_\_\_\_

に委任します。

委任者(申請者)住所： \_\_\_\_\_

委任者(申請者)氏名： \_\_\_\_\_

※申請書類の提出を、申請者本人ではなく、別の方が行う場合、本様式の提出が必要です。