

委任状

令和 年 月 日

代理人（本人の代わりに、本人の個人番号を提供する者）

住所：_____

氏名：_____

私は、上記の者を代理人と定め、下記の提供を委任します。

記

- ・ 特定医療費（指定難病）支給認定申請に係る「個人番号」の提供

以上

委任者（個人番号を提供する本人）

住所：_____

氏名：_____ 印

（自署又は記名押印）