

# 委任状

(宛先) 秋田市長

年 月 日

委任者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
メールアドレス \_\_\_\_\_

私は、下記の者を受任者（代理人）と定め、個人番号の提供を伴う小児慢性特定疾病医療費申請に関する権限を委任します。

## 記

受任者（代理人） 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 受診者との続柄 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
メールアドレス \_\_\_\_\_

※受任者（代理人）は、本人確認書類（運転免許証等）をお持ちください。

※委任状はこの様式に記載の内容であれば任意様式で結構です。

※確認のため、必要に応じ、秋田市から連絡させていただく場合があります。