

委 任 状

私は、重度心身障害者医療費受給者認定（更新）申請書・資格内容変更届に関し、資格の認定及び受給者証更新に必要な私（及び関係者）の地方税関係情報（所得情報）又は健康保険情報を個人番号（マイナンバー）を利用した情報連携により取得することに同意する旨を（**同意書に代筆すること**・**関係者に説明し、同意書に代筆すること**）を以下のものに委任します。

受任者（届け出に来る人）

住 所 _____

氏 名 _____

記

委任者（申請者）

住 所 _____

氏 名 _____

印

※代筆の場合：代筆者の住所、氏名、代筆の理由を余白に記載すること。