委　任　状

群馬県知事　あて

　　年　　月　　日

委　任　者

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

私（委任者）は、以下の者（代理人）に小児慢性特定疾病医療給付の申請に関する権限を委任します。

代　理　人

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

**※必要事項を記載してください。**

**※窓口で代理人の身元（実存）確認が必要となりますので、以下に記載の代理人の書類をご持参ください。**

**（１）以下の書類のいずれか１つが必要**

①運転免許証　②運転経歴証明書　③旅券（パスポート）④身体障害者手帳

⑤精神障害者保健福祉手帳　⑥療育手帳　⑦在留カード　⑧特別永住者証明書

⑨個人番号カード

1. **上記がない場合は以下の書類の２つ以上が必要**

①公的医療保険の被保険者証　②年金手帳　③児童扶養手当証書

④特別児童扶養手当証書　⑤小児慢性や特定医療（指定難病）等の医療受給

者証　⑥社員証、学生証　⑦住民票　⑧福祉医療受給者証