委　任　状

年　　月　　日

神戸市長　宛

 **委任者（本人）**

住所

氏名（自署）

生年月日　　　　大正・昭和・平成・令和　　　　年　　　月　　　日

　　　　 電話

私は、下記の者を代理人として

□自立支援医療費（精神通院）申請書の提出

□自立支援医療費（精神通院）受給者証の受け取り

を委任します。

 **代理人**

住所

氏名

生年月日　　　　大正・昭和・平成・令和　　　　年　　　月　　　日

 ＊委任状は必ず本人が自筆で記入し、署名してください。

 ＊代理人の方の身分証明書を確認させていただきます。