

委任状

令和 年 月 日

福井県知事 へ

代理人の住所 _____

代理人の氏名 _____

代理人の電話番号 _____

私は、上記の者を代理人に定め、下記の権限を委任します。

委任事項（該当する事項の□に、チェックを入れてください。）

精神障害者保健福祉手帳の手続

自立支援医療受給者証（精神通院）の手続

委任者の住所 _____

委任者の氏名 _____

委任者の電話番号 _____

※ 委任者とは、精神障害者保健福祉手帳および自立支援医療受給者証（精神通院）申請者本人になります。

※ 委任者の氏名欄は、委任者本人が自署をしてください。