**委　任　状**

御所市長 様

（代理人）

　住　　所

氏　　名

電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　委任者との関係

私は市役所に行くことができないため、上記代理人に下記手続きを委任します。

手続き内容　　　精神障害者保健福祉手帳申請

　令和　　　年　　　月　　　日

（委任者）

　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　氏　　名

　電話番号

※受任者（代理人）は身元確認書類として以下の①または②を提示してください。

① 官公署から発行された顔写真入りの書類（個人番号カード、運転免許証等）1つ

② 上記①以外の書類（健康保険証、年金手帳等）を2つ以上