

# 委任状

令和 年 月 日

多治見市長 様

委任者	住所	
	フリガナ 氏名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	電話番号	<u>(日中、連絡が取れる電話番号を必ず記入してください。)</u>

下記の者を代理人と定め、多治見市へ**個人番号\***を提供すること及び次の申請・申込・届出等に関する一切の権限を委任します。

※行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成 25 年法律第 27 号）第 7 条に規定されている個人番号

代理人 (受任者)	住所	
	氏名	
	生年月日	
	電話番号	

申請・ 申込・ 届出 事項	<input type="checkbox"/> 施設型給付費・地域型保育給付費等 教育・保育給付認定申請書（保育所等・幼稚園共通） <input type="checkbox"/> 保育所等入所申込書・保育児童台帳（保育所等のみ） <input type="checkbox"/> 障害児通所給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書 <input type="checkbox"/> 障害児相談支援給付費支給申請書 <input type="checkbox"/> 障害児相談支援依頼（変更）届出書 <input type="checkbox"/> 高額障害児（通所・入所）給付費支給申請書 <input type="checkbox"/> その他（手続き名をお書きください。） ・
------------------------	---

※1 委任者が、全て直筆で記入してください。

※2 委任の内容に疑義がある場合には、委任者の方に電話で確認することがありますので、日中、連絡が取れる電話番号を必ず記入して下さい。

※3 代理人には、①委任状と②委任者の個人番号カード又は通知カード（コピーでも可）をお渡しください。