

委任状

年 月 日

北九州市長 様

委任者（受診者又は保護者）

住所 _____

氏名 _____ 印

（自署する場合は、押印を省略することができます。）

私は、次の者を代理人として、特定医療費（指定難病）の支給に係る申請・届出事務に関して個人番号（マイナンバー）の利用、提供等の取扱いを委任します。

代理人

住所 _____

氏名 _____