委　任　状

年　　月　　日

千葉県知事　様

（申請者）
住所
氏名

私は下記の者を代理人と定め、千葉県特定医療費支給認定の申請事務に関して、千葉県に個人番号（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に定める個人番号）を提供する権限を付与し、また、当該支給認定の申請に係る一切の権限を委任します。

記

（代理人）
住　所
氏　名