

委任状

令和 年 月 日

石川県知事 様

委任者

住 所

氏 名

生年月日

私は、下記の者に、

精神障害者保健福祉手帳の申請、更新または変更の届出
(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条)

自立支援医療（精神通院）の申請、更新または変更の届出
(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律
第53条、第56条)

において、個人番号の利用、提供等の取扱いを委任します。

代理人

住 所

氏 名

生年月日