

代理人委任通知書

新発田市長 様

平成 年 月 日

自立支援医療（更生医療）の申請（届出）に伴い、私の個人番号の提供を委任しましたので通知します。

申請・届出者 (委任者)	住 所	新発田市_____番地 町 丁目 番 号
	電話番号	()
	氏 名	Ⓔ
代理人 (受任者)	住 所	新発田市_____番地 町 丁目 番 号
	氏 名	

※ 注意

- この代理人委任通知書は、請求者（委任者）が書いてください。
- この代理人委任通知書は、自立支援医療（更生医療）の申請（届出）の個人番号に関する提供に関してのみの委任です。
- 代理人（受任者）の本人確認書類（運転免許証等）及び請求者（委任者）の個人番号を確認できる書類（個人番号カード、通知カード等）が必要です。