

# 委任状

住所 \_\_\_\_\_

代理人 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(窓口に来る方) 電話番号 \_\_\_\_\_

私は、上記の者を代理人と定め、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）に規定される、個人番号の提供を伴う下記の権限を委任します。

- (委任する権限)  児童手当の申請  
 子ども医療費助成の申請  
 上記以外

\_\_\_\_\_

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

委任者 氏名（自署） \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(委任した方) 電話番号 \_\_\_\_\_

(あて先) 多摩市長

※委任者（依頼した方）がご記入ください。

※代理人の本人確認をいたします。運転免許証・マイナンバーカード・パスポートをお持ちください。