委　　任　　状

熱海市福祉事務所長　あて

　　年　　月　　日

委　任　者：　住　所

（手帳を取りたい方）

氏　名　　　　　　　　　　　　　印

　下記のものを代理人と定め、精神障害者保健福祉手帳の申請にかかる一切の権限を委任いたします。

受　任　者：　住　所

（申請に来られる方）

氏　名