

委任状

年 月 日

代理人

住所（所在地）

生年月日

氏名

電話番号

上記の者を代理人として身体障害者手帳の再交付申請に関する一切の権限を委任します。

委任者（自署し、押印してください）

住所（所在地）

生年月日

氏名

電話番号