

# 서식 3

# 위임장

## 뇌병변 장애인 대소변흡수용품 구입 지원 신청 위임장

위임 받는자	성명		생년월일	
	주소			
	위임사유		위임자와의 관계	
	전화번호	(휴대전화번호: )		

위임자	성명		생년월일	
	주소			
	전화번호	(휴대전화번호: )		

본인은 「뇌병변 장애인 대소변흡수용품 구입 지원」 신청 및 변경 등을 위 사람에게 위임합니다.  
 년 월 일

위임인(본인): (서명 또는 인)

위임인 본인 확인 연락처:

00시장·군수 귀하

구비 서류	1. 위임자 신분증 2. 위임 받는자 신분증 3. 위임자와의 관계 증명 서류(행정정보공동이용 등을 통해 확인 가능할 경우 제출 불필요)
-------	---

### 유의사항

#### ※유의사항

1. 위임을 받는자 및 위임자가 제출하는 신분증은(주민등록증, 자동차운전면허증, 여권, 장애인등록증 중) 하나를 선택하여 제출합니다.
2. 다른 사람의 인장이나 서명을 위조 또는 부정사용한 자(예 : 사망한 자의 위임장을 허위로 작성하여 신청하거나 발급받은 자 등)는 「형법」 제231조 내지 제240조의 규정에 의하여 처벌을 받게 됩니다.
3. 본인의 서명 또는 도장을 날인하여 신청하여야 합니다.