

委任状

【代理人】 住 所 _____
氏 名 _____
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

私は、上記の者を代理人と定め、八街市産婦健康診査費用助成金の受け取りを委任します。

年 月 日

【委任者】 住 所 _____
氏 名 _____ (印)
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
連 絡 先 _____

※委任状はすべて委任する本人が記入してください。