

年 月 日

委任状

本人(委任者)

住所 _____

氏名 _____ 印

電話番号 _____

下記のものを代理人と定め、

- 妊娠の届出及び母子健康手帳の受領並びに予防接種券、
妊婦健康診査受診券・産婦健康診査受診券の交付申請及び受領
- 小児慢性特定疾病医療費支給認定の申請
- 未熟児養育医療給付の申請
- その他 (_____)

の権限を委任します。

代理人

住所 _____

氏名 _____

※委任状は必ず本人が自筆で記入し、署名押印してください。

※代理人の方の本人確認をさせていただきます。