

# 委 任 状

年 月 日

代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

私は上記のものを代理人と定め、下記の手続きに関する事項を委任します。

上里町妊婦健康診査助成金に係る ( ) 交付申請  
( ) 交付請求  
( ) 受領 に関する一切の件

委任者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※委任者（妊婦）本人がすべてご記入のうえ押印してください。