

令和 年 月 日

委 任 状

本人(委任者)

住所 _____

氏名 _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日

電話番号 _____

下記のことを代理人と定め、

- 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・新生児聴覚検査費用助成券、妊産婦タクシー利用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署または記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。

※委任状を偽造・または偽造した委任状を行使した場合は、刑罰の対象となります（刑法第 159 条、161 条）。