

※この委任状は、委任者本人が自署するか、自署できない場合は記名・押印してください。

委任状

年 月 日

(あて先) 新潟市長

(代理人) 住 所 _____
氏 名 _____ 委任者との続柄 [_____]
生年月日 _____ 年 月 日生

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

記

医療機関等で受診した分の妊婦健康診査費を受領すること

(委任者)
住 所 _____
氏 名 _____ (印)
生年月日 _____ 年 月 日生
電話番号 _____

郵送先 〒951-8550 新潟市中央区学校町通1番町602番地1
新潟市役所 こども家庭課 母子保健係

記載例

私は、委任者本人が自署するか、自署できない場合は記名・押印してください。

委任状

(あて先) 新潟市長

(代理人) 住 所 新潟市東区古川町4番12号
氏 名 新潟 一郎 委任者との続柄 [夫]
生年月日 昭和 63年 5月 5日 生

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

記

医療機関等で受診した分の妊婦健康診査費を受領すること

(委任者)
住 所 新潟市中央区学校町通1番町602番地1
氏 名 新潟 花子 新潟 (印)
生年月日 平成 4年 4月 1日 生
電話番号 025-228-1000

申請者と振込先名義人が異なる場合、提出が必要となります。
※代理人と委任者の記載誤り注意

(切り取り線)