

# 委任状

令和 年 月 日

(委任者) 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印  
電話番号 \_\_\_\_\_

わたしは、妊婦健康診査費用助成金・新生児聴覚検査費用助成金の受領について、下記の者に権限を委任します。

## 記

(受任者) 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

## 振込先

金融機関名 \_\_\_\_\_  
支店名 \_\_\_\_\_  
預金種別 \_\_\_\_\_  
口座番号 \_\_\_\_\_  
口座名義人(カタカナ) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_