

委任状

令和 年 月 日

(委任者) 住所

氏名 印

電話番号

わたしは、産婦・1 か月児健康診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)