

※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

(宛 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産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 母子保健グループ

記載例

※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

(宛 先) 新潟市長

(代理人) 住 所 新潟市中央区学校町通1番町602番地1

氏 名 新潟 一郎 委任者との続柄 [夫]

生年月日 _____ 平成 ●●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産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 

生年月日 _____ 平成 ●●年 ●月 ●日生

電話番号 025-226-1205