

委任状

年 月 日

名 寄 市 長 様

委任者 住 所

(依頼人)

氏 名

印

私は、下記の者を代理人と定め、未熟児養育医療給付申請に関する権限を委任します。

代理人 住 所

(来庁する人)

氏 名

続 柄

※ この委任状は、委任者（依頼人）がすべて記入してください。

※ 代理人（来庁する人）は、代理人であることが確認できる本人確認書類（運転免許証などをご持参ください。）