

# 委任状

令和 年 月 日

委任者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

私は、下記のことを代理人と定め、母子保健法に基づく療育医療給付申請に関する一切の権限を委任します。

記

代理人

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_