

様式第2号
(第4条関係)

委 任 状

年 月 日

(宛先) 小金井市長

代理人 住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

私は、上記の者を代理人と定め、里帰り等妊婦健康診査受診費助成金の受給を委任します。

委任者 住 所 _____
氏 名 _____ (印)
電話番号 _____

理由

理由

()

※お手数ですが、委任者の方がすべて記入してください。