

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、金融機関の口座を所有していないため、上記の者を代理人と定め、小金井市里帰り等産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 _____ ⑩

電話番号 _____

※お手数ですが、委任者の方が全て記入してください。