

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、上の者を代理人と定め、多胎妊婦健康診査費用助成金の受給を委任します。

委任者 住 所 _____
氏 名 _____ 印
電話番号 _____

※委任者の方が全て記入してください。