

委 任 状

年 月 日

羽村市長あて

個人番号の提供を伴う妊娠の届出、母子健康手帳の受領および羽村市妊婦応援特別給付金の受領に関する権限を下記の者に委任します。

受任者（代理人）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

委任者（妊婦本人）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

※委任者氏名については、自署又は記名押印をお願いします。