

※必ず委任者本人が自筆でご記入ください。(パソコン等による記載は不可)

# 委 任 状

年 月 日

羽 生 市 長

代理人（窓口に来る方） 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

上記の者を代理人と定め、以下の権限を委任いたします。

## 記

1. 母子健康手帳発行の申請について
2. 母子健康手帳再発行の申請について
3. 妊婦健康診査診査助成券差し替え交付申請について

本 人（委任する方） 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

※受付窓口にて、代理人確認のため、運転免許証等の提示をお願いします。