

委任状

令和 年 月 日

私は下記の者を代理人と定め、母子健康手帳等の受領に関する一切の権限を委任します。

代理人	住所			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	委任者からみた続柄	

委任者	住所			
	氏名			

*委任状の記入は委任者の自筆でお願いします。

代理人の本人確認

運転免許証 ・ パスポート ・ 個人番号カード ・ その他 ()