

**※ 委任する人が全部ご記入ください**

委 任 状

**(代理人) 住所**

大・昭・平

**氏名**

年 月 日生

私は、( ) のため、母子保健法に基づく母子健康手帳の交付手続き（個人番号の提供を含む）並びに母子健康手帳、妊婦一般健康診査受診票・助成券の受領について、上記の者に委任します。

年 月 日

**(委任者) 住所**

**氏名**

**印**

昭・平 年 月 日生

**※ 代理人は委任者の個人番号カード、通知カード、番号記載のある住民票の写し(いずれもコピー可)と代理人の身分を証明できるもの(運転免許証、パスポート、保険証等)をお持ちください。**