

# 委任状

小千谷市長 あて

委任者

住所	〒 小千谷市
氏名	Ⓜ
生年月日	年 月 日
電話番号	( )

私は下記の者を代理人と定め、次の事項に関する申請を委任します。

1	小千谷市の検診等の申請に関する権限
2	妊娠届の提出及び母子健康手帳の交付等に関する権限
3	予防接種の接種記録及び申請等に関する権限
4	子ども医療費助成の申請等に関する権限
5	精神障害者保健福祉手帳の交付等に関する権限
6	小千谷市国民健康保険人間ドック助成に関する権限
6	その他 ( ) に関する権限

令和 年 月 日

記

住所	〒
氏名	Ⓜ
生年月日	年 月 日
電話番号	( )

代理人

受付年月日	受付者