

委 任 状

年 月 日

湯 沢 市 長 様

私は、妊産婦等健康診査助成金の受領に関する一切の権限を下記の者に委任します。

委任者 住所 _____

氏名 _____ 印

受任者 住所 _____

氏名 _____