

（委任者（受診者）が全て自署してください。）

委 任 状

_____年 月 日

郡山市長 様

初回産科受診料助成金の受け取りを下記の者に委任します。

受任者（代理受取者）

住所 _____

氏名 _____

生年月日 _____年 月 日

委任者（受診者）との関係 _____

委任者（受診者）

住所 _____

氏名 _____

生年月日 _____年 月 日

電話番号 () _____