

## 母子健康手帳および妊婦健康診査受診票交付に関する委任状

年 月 日

比布町長 宛

委 任 者

住 所	
氏 名	(フリガナ ) ⑩
生 年 月 日	
電 話 番 号	

※委任者の氏名は、必ず委任者本人が自署し、認印(シャチハタ以外)を押印してください。

私は、次の者を代理人と定め、私の個人番号を記載した書類を比布町に提出すること、妊娠届け出及び母子健康手帳・妊婦健康診査受診票等の受領に係る権限を委任します。

代 理 人

住 所	
氏 名	(フリガナ )
生 年 月 日	
電 話 番 号	
委任者との関係	

※手続きの際は、代理人の方の本人確認が必要ですので、本人確認書類(運転免許証等)を必ずご持参ください。