委　任　状

令和　　年　　月　　日

足　利　市　長　　宛て

代理人（受任者）

住　所

　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　電話番号

私（委任者）は、上記の者を代理人（受任者）と定め、１か月児健康診査に係る自己負担額償還払いの申請（請求）及び受領について、一切の権限を委任します。

本人（委任者）

住　所

氏　名

電話番号