

委任状

代理人	住所	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	電話番号	— —

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

- ・ 柏市多胎妊婦健康診査費用助成金支給申請に関する権限

令和 年 月 日

委任者	住所	
	氏名	①
	生年月日	年 月 日
	電話番号	— —