

代 理 人 選 任 届

幸手市長 あて

年 月 日

代理人 住所 _____

氏名 _____

生年月日 _____ 年 月 日 生

上記の者を私の代理人に選任し、下記の権限を委任いたします。

〔委任すること〕

☐多胎妊婦健康診査助成金の受領

本人 住所 _____

署名 _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日 生

電話 _____

※必ず委任するご本人が署名と押印をしてください。

※電話番号は忘れずに記入してください。

事務処理

代理人確認書類（ ☐マイナンバー ☐運転免許証 ☐その他2点確認 ）