

様式第2号(第4条関係)

# 委任状

年 月 日

代理人(窓口来所者)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_年 月 日

私は、上記の者を代理人に定め、下記の権限を委任します。

委任事項

1. 妊娠の届出(母子保健法第15条)
2. 母子健康手帳の受領(同法第16条第1項)
3. 長岡京市妊婦健康診査公費負担受診券つづりの受領

委任者(妊婦)

住所 \_\_\_\_\_

氏名(自署) \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_年 月 日

電話番号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

<注意事項>

・委任者の氏名は、必ず委任者本人が自筆で記入してください。

《代理人の方へ》

・委任状のほか、代理人の本人確認ができるもの、妊婦の個人番号(マイナンバー)が確認できるものをご持参ください。