

# 委任状

代理人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

私は、上記の者を代理人と認め、笠間市生殖補助医療費等補助金の受取りを委任します。

令和 年 月 日

委任者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(自署の場合は押印不要)

生年月日 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_