

※すべて委任者が記入してください。

# 委 任 状

年 月 日

(宛先) 東大阪市長

(委任者)

住 所 \_\_\_\_\_

(フリガナ)

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

健康管理番号(8桁)又は

すこやか番号(8桁) \_\_\_\_\_

私は、下記の代理人に東大阪市出産・子育て応援給付金の受領に関する権限を委任いたします。

(代理人)

住 所 \_\_\_\_\_

(フリガナ)

氏 名 \_\_\_\_\_

委任者との続柄 ( )