

(別紙)



委 任 状

令和 年 月 日

(あて先) 仙台市長

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

私は、仙台市里帰り等妊産婦健康診査・新生児聴覚検査・1 か月児健康診査補助金の受領権限を次の者に委任します。

住 所 _____

氏 名 _____

続 柄 _____