**委　任　状**

年　　月　　日

大田区長あて

委任者

　　　　住所

　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

私は、以下のものに大田区特定不妊治療費（先進医療）助成金を

受領する権限を委任いたします。

代理人

　　　　住所

　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞