

# 委任状

年 月 日

大田区長あて

委任者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

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 \_\_\_\_\_ (印)