

# 委任状

年 月 日

代理人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

上記の者を代理人と定め、新生児聴覚検査費用助成申請の権限を委任いたします。

委任者 住 所 \_\_\_\_\_  
(保護者本人)

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)