

母子健康手帳用

委任状

江北町長 宛

令和 年 月 日

委任者 (妊婦)	住所	
	氏名	⑩
	生年月日	
	電話番号 (日中連絡の取れる番号)	

私は、下記の物を代理人と定め、母子健康手帳及び妊婦健康診査受診票などの交付手続き（マイナンバー制度に関わる事務を含む）及び受領に関する権限を委任します。

代理人 (届出者)	住所	
	氏名	
	生年月日	
	委任者との間柄	

マイナンバー制度では、妊娠届出書に妊婦の個人番号を記入していただくこととなりますので、番号確認書類として個人番号カードまたは通知カード等が必要となります。

- ※ 委任状は、必ず委任者が自署（手書き）してください。
- ※ 押印（ゴム印不可）が必要です。
- ※ 窓口で、代理人確認のため運転免許証等官公署発行の顔写真付きの物 1 点又は健康保険証、年金手帳等の計 2 点以上の提示を求めます。
- ※ ご不明なことがありましたら、江北町役場健康福祉課までご連絡ください。

江北町役場 健康福祉課 保健係 0952-86-5614