[서식3] 위임장

위 임 장

위임인 (위임하는 사람)	성명	주민등록번호
	대리인과의 관계	전화번호: 휴대전화:
	주소	

내용	서울시 35세 이상 임산부 의료비 지원 신청

대리인 (위임받는 사람)	성명	주민등록번호
	전화번호: 휴대전화:	위임인과의 관계
	주소	

위 위임인(본인)는 서울시 35세 이상 임산부 의료비 지원 신청 관련 모든 사항을 대리인에게 위임합니다.

년 월 일

위임인 (서명 또는 인)

※ 「주민등록법」 제37조 제10호에 따라 다른 사람의 주민등록번호를 부정하게 사용한 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처해집니다.

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]