

委任状

私は、高齢者定期予防接種を受けるにあたり、自己負担額の免除を受けるため、非課税世帯または生活保護世帯であるかどうかの確認申請を、下記代理のかたに委任し、確認および申請をすることについて同意します。

令和 年 月 日

(委任者)
ふりがな

氏 名 _____ (印※)

※自署の場合は、押印不要です。

生年月日 昭和 年 月 日

住 所 香芝市

電話番号

(代理申請者)
ふりがな

氏 名
又は
名 称 _____ (印※) 続柄 ()

※署名の場合は、押印不要です。
法人の場合は、記名押印してください。

生年月日 年 月 日

住 所

電話番号