

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 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。

生年月日 年 月 日

住所

電話番号