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）

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）

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