

委任状

(代理人) 住所 _____

氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記の者を代理人と定め、下記の事項を委任します。

記

1. 予防接種自己負担金免除申請の件 _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

年 _____ 月 _____ 日

(委任者) 住所 _____

氏名 _____ (印)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

連絡先電話番号 _____

(注)

- I. 委任者の氏名欄は、委任者の自署があれば押印を省略できます。
- II. 代理人は、以下のものをこの委任状と併せて担当部署へ提出してください。
 - ①代理人の身元確認書類
 - ②本人の身元確認書類 (コピー可)
 - ③本人のマイナンバー確認書類 (コピー可)
- III. 担当部署が必要と認めた場合には、委任者に委任の事実の確認を行う場合があります。