

委 任 状

年 月 日

○代理人

住 所 〒 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日

電話番号 _____

○委任者

住 所 〒 _____

氏 名 _____

※委任者本人が自署してください。自署できない場合、委任者本人の接種意思を確認の上、記名押印でも可。

生年月日 _____ 年 月 日

立川市長 殿

私は、上記の者を代理人と定め、高齢者B類定期予防接種償還払いの次に関する一切の権限を委任します。

- ・予防接種実施依頼書交付申請
- ・予防接種費用助成金申請