

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、高齢者インフルエンザ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に係る代筆の件
- ・ 予防接種費用助成金申請書に係る代筆の件