

委任状

年 月 日

私は_____を代理人と定め、次の権限を委任する。

定期予防接種にかかる償還払い申請に関すること。

定期予防接種費用受領に関すること。

申請者の名前 _____ 印

申請者の住所 高石市 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号

代理人の名前 _____ 印

代理人の住所 _____