

委 任 状

年 月 日

私は下記の者を代理人と定め、次の権限を委任する。

☐ 高齢者インフルエンザワクチン接種にかかる費用助成の
申請に関すること。

☐ 高齢者インフルエンザワクチン接種費用助成金の受領に
関すること。

申請者の名前 _____ 印

申請者の住所 富田林市

代理人の名前 _____ 印

代理人の住所 _____