

委任状

令和 年 月 日

桜井市長様

私は、下記の者を代理人と定め、桜井市高齢者定期予防接種自己負担金免除の申請に関する権限を委任します。

代理人

住所 _____

氏名 _____ 委任者との続柄 (_____)

生年月日 _____ 連絡先電話番号 _____

委任者（被接種者）

住所 _____

氏名 _____

生年月日 _____ 連絡先電話番号 _____