

委任状

(接種を受けた方・住所氏名)

住 所 野辺地町字

電話番号

氏 名

生年月日 大・昭・平 年 月 日

私は、下記の者を代理人と定め、令和2年度野辺地町全町民インフルエンザ予防接種費用助成事業に関する償還払いの申請及び受領の権限を委任します。

令和 年 月 日

(代理人・住所氏名)

住 所

電話番号

氏 名

生年月日 大・昭・平 年 月 日

(接種を受けた方との続柄)

野 辺 地 町 長 あて

※代理人に委任する場合には、代理人の本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード、パスポート等）をお持ちください。