

様式第2号（第4条関係）

委任状

私は、下記の者を代理人と認め、六ヶ所村带状疱疹ワクチン接種費用助成金の請求及び受領に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印

記

代理人 住 所

氏 名

申請者との続柄

電話番号

※委任状を提出する場合は、申請者本人及び代理人の本人確認書類を添付してください。