

養老町妊婦・小児インフルエンザ予防接種費用助成にかかる委任状

受任者（同伴者）住 所

氏 名

私は、養老町妊婦・小児インフルエンザ予防接種費用助成事業を利用し、小児のインフルエンザワクチン接種費用の助成を受けるにあたり、申請および代理受領にかかる委任、あるいはこれに付随する行為をなす権限を上記の者に委任します。

年 月 日（接種する日以前の 1か月 以内）

（あて先） 養老町長

委任者（保護者）住 所

（自署又は記名押印）

氏 名

㊟