

委任状

年 月 日

高浜町長 殿

【委任者（被接種者）】

住 所 高浜町

氏 名 _____

※委任者本人が自署してください。自署できない場合は、委任者本人の接種意思を確認の上
記名捺印でも可。

電話番号 _____

私は、下記の者を代理人と定め、定期予防接種（B類疾病）費用の償還払に関する申請、請求及び受領に関する一切の権限を委任します。

【代理人】

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____