

委 任 状

年 月 日

私は、予防接種自己負担金免除申請にあたり、下記の者に申請に係る権限を委任します。

受 任 者	住 所
(窓口に来る者)	氏 名

委 任 者	住 所
(受 診 者)	氏 名

㊞