

委任状

代理人	住所			
	氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日

私は、上記の者を代理人として、
(高齢者インフルエンザ・高齢者肺炎球菌感染症) 予防接種費用免除申請に関する
権限を委任します。

また、費用免除決定に必要な私及び私と同一世帯の者の市民税課税状況並びに私の
生活保護等受給状況について調査を受けることに同意します。

令和 年 月 日

加古川市長 様

委任者	現住所	加古川市		
	1月1日時点 住民登録のあった住所	※1月から5月までに申請される場合は、前年の1月1日時点の住所 上記と同じ <input type="checkbox"/>		
	氏名	※署名又は記名押印	生年月日	大・昭 年 月 日