

委 任 状

記

私は、下記の者に带状疱疹予防接種費用助成金の受領を委任します。

令和 年 月 日

蒲 郡 市 長 殿

委任者 住 所：

氏 名：

電話番号：

受任者 住 所：

氏 名：

電話番号：

委任者との続柄：