

委 任 状

私は、下記の者にインフルエンザ予防接種費用助成金の受領を委任します。

記

令和**7**年**10**月**31**日

蒲 郡 市 長 殿

委任者 住 所：**蒲郡市浜町4**
氏 名：**蒲 郡 花 子**
電話番号：**0533-67-1151**

受任者 住 所：**蒲郡市浜町4**
氏 名：**蒲 郡 太 郎**
電話番号：**0533-56-2305**

委任者との続柄：**父**