委　　任　　状

令和　　年　　月　　日

天理市長　様

本人（接種された方）

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

生年月日　　　　昭和・平成・西暦　　　　　　　　年　　月　　日生

電話番号

　私は、下記の者を代理人と定め、風疹ワクチン接種費用助成の提出に際し、一切の権限を委任します。

代理人（窓口に来る方）

住　　所

氏　　名

生年月日　　　昭和　・平成　・　西暦　　　　　　年　　月　　日生