

委任状

代理人	住 所			
	氏 名		生年月日	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 □新型コロナウイルス感染症 □高齢者用肺炎球菌
□带状疱疹ワクチン（ビケン） □带状疱疹ワクチン（シングリックス）
予防接種予診票・接種券、費用免除決定通知書の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町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。

年 月 日

稲美町長 様

委任者	現 住 所	加古郡稲美町		
	令和 7 年 1 月 1 日 時 点 住 民 登 録 の あ っ た 住 所	上記と同じ□		
	氏 名		生年月日	大・昭 年 月 日