

委任状

私（請求者）_____は、下記の者を代理人とし、みやき町
妊娠安心風しん予防接種費用助成金の受領に関する行為に対し権限を委任しま
す。

受任者（口座名義人）

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日生

平成 年 月 日

委任者（請求者）

住 所 _____

氏 名 _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日生

連絡先 _____

※委任者の方は自署及び押印をしてください。