

# 委 任 状

(あて先) 府中町長

令和 年 月 日

**委任者（予防接種を受ける人）** ※委任者本人が自署してください。

住 所	
氏 名	
生 年 月 日	大正 ・ 昭和 年 月 日 ( ) 歳

私は、定期接種（インフルエンザ・新型コロナ・帯状疱疹・肺炎球菌）に係る自己負担金免除の申請に関する一切の事務を下記の者に委任します。

**受任者（自己負担金免除申請の事務を行う人）**

住 所	
氏 名	
委 任 者 と の 関 係	