

# 委任状

下記の者を代理人と定め、和気町インフルエンザワクチン接種費用負担軽減事業助成金の受領に関する権限を委任する。

令和 年 月 日

(申請者)

住所 和気町 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

記

(受任者)

代理人住所 \_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_