委　任　状

浜松市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用等償還払いに関する以下の権限を委任いたします。

□　申請

□　償還申請額　金＿＿＿＿＿＿＿＿円の受領

本委任状は、委任者・受任者双方連署でなければ解除の効力はない特約をいたします。

上記のとおり御承認くだされたく、受任者と連署をもってお願い申し上げます。

年　　月　　日

受　任　者

住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（署名または記名押印）

委任者
との関係　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

委　任　者

住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（署名または記名押印）