

委任状

浜松市帯状疱疹任意予防接種費用償還払いに関する以下の権限を委任いたします。

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るべく、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)