

委任状

(被接種者本人)

氏名 _____ 印

住所 _____

生年月日 _____

下記の者を代理人と認め、市川市予防接種自己負担金交付金の申請手続き及び交付金の受領を委任します。

年 月 日

住所 _____

氏名 _____