助 成

委 任 状

私は、厚岸町が実施する任意接種の助成事業（肺炎球菌・帯状疱疹）の申請について、下記の者に委任します。

令和 年 月 日

委任をする者（費用助成を受ける者）

住所

氏名

受任者（申請を行う者）

住所

氏名