**委　任　状**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 代理人 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 電 話 | 　　　　　　　―　　　　　　　　― |

　私は，上記の者を代理人と認め，**柏市予防接種等費用助成金交付の申請，請求及び受領に関する**権限を委任します。

　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 委任者 | 住　所 |  |
| 氏　名 | 印　　 |
| 生年月日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 電 話 | 　　　　　　　―　　　　　　　　― |