委　任　状

令和　　年　　月　　日

代理人　住　所

氏　名

電話番号

私は，上記の者を代理人と定め，令和８年度東海村インフルエンザ予防接種費用個人負担免除券交付申請書の交付申請及び受領の権限を委任します。

委任者

氏　名	生年月日	住所	電話番号
印	大正・昭和・平成・令和 年　月　日		
印	大正・昭和・平成・令和 年　月　日		
印	大正・昭和・平成・令和 年　月　日		
印	大正・昭和・平成・令和 年　月　日		
印	大正・昭和・平成・令和 年　月　日		
印	大正・昭和・平成・令和 年　月　日		
印	大正・昭和・平成・令和 年　月　日		
印	大正・昭和・平成・令和 年　月　日		
印	大正・昭和・平成・令和 年　月　日		
印	大正・昭和・平成・令和 年　月　日		

注意1)　代理人は、運転免許証など、本人確認ができるものを持参してください。

注意2)　委任状の偽造は、私文書偽造罪にあたり、刑事罰の対象となります。
（刑法159条，161条）