

# 委任状

代理人

住所

氏名

私は、上記のものを代理人と定め流山市带状疱疹予防接種費用助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

住所

申請者

申請者氏名

印

(署名または記名押印)

電話番号