

# 委任状

年 月 日

下記の者を代理人と定め、所定の権限を委任します。

委任を受けた人 住 所 \_\_\_\_\_  
(窓口に来られる方)

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

委任する内容（該当する項目に✓を記入してください）《※複数可》

- 高齢者の肺炎球菌感染症予防接種の接種料免除の届出をすること。
- 高齢者インフルエンザ予防接種の接種料免除の届出をすること。
- メタボ予防健診の受診料免除の届出をすること。
- 肝炎ウイルス検診の受診料免除の届出をすること。
- 肺がん・結核検診の受診料免除の届出をすること。
- 大腸がん検診の受診料免除の届出をすること。
- 胃がん検診の受診料免除の届出をすること。
- 子宮頸がん検診の受診料免除の届出をすること。
- 乳がん検診の受診料免除の届出をすること。
- 節目歯科健診の受診料免除の届出をすること。
- 妊婦歯科健診の受診料免除の届出をすること。
- 免除可否決定通知書の送付先を代理人にすること。
- ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払いの届出をすること。

委任者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (自署または記名押印) 印

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日