

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 明治・大正・昭和・平成 _____ 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。
- 前立腺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。

委任した人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

生年月日 明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※委任した人がすべて自筆で記載のうえ、署名・押印してください。(コピー・FAX不可)