

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 》

- 高齢者の帯状疱疹予防接種の接種料免除の届出をすること。
- 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。
- 高齢者新型コロナウイルス感染症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。

委任者 住 所

氏 名 _____ (自署または記名押印) 印

生年月日 _____ 年 月 日