

委任状

代理人	氏名	
	住所	
	電話番号	

私は、(高齢者インフルエンザ予防接種・高齢者肺炎球菌感染症予防接種各種がん検診)を受けたいので、上記の者を代理人と定め、下記事項を委任します。また、発行事務に際して、向日市が私の住民票・世帯の課税状況を確認することに同意します。

- 1 高齢者インフルエンザ予防接種・高齢者肺炎球菌感染症予防接種に関わる予診票、保健事業等自己負担金無料カードの発行手続き及び受け取り
- 2 高齢者インフルエンザ予防接種・高齢者肺炎球菌感染症予防接種依頼書の発行申請手続き

委任した日		令和	年	月	日
依頼者	氏名				
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日
	住所	向日市 町			
	電話番号				

- ・本人の直筆でご記入ください。
- ・身体状況により、本人の直筆ができない場合は、代筆 氏名 を書いてください。
- ・手続きの際に代理人の身分証明書を確認させていただきます。