第２号様式（第４条関係）

委　任　状

年　　月　　日

（宛先）山武市長

（委任者）住所

氏名　　㊞

生年月日　　年　　月　　日生

電話番号

私は、次の者を代理人と定め、山武市風しんワクチン接種費用助成の手続に関する一切の権限を委任します。

なお、山武市風しんワクチン接種費用助成金の審査及び算定に必要な私の住民基本台帳及び生活保護の受給状況等要件の確認をすることに同意します。

（受任者）住所

フリガナ
代理人氏名　　㊞

生年月日　　年　　月　　日生

電話番号

申請者との続柄