

委 任 状

(受 任 者)

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____ 受給者との続柄 _____

私は、上記の者に、美瑛町乳幼児等予防接種費用助成償還払の受領の
権限を委任します。

年 月 日

(委 任 者)

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____