

委任状

令和 年 月 日

あま市長

代理人 (窓口に来る人)	住所	
	氏名	(本人との続柄)
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	電話番号	
上記の者を代理人と定め以下の事項に関する権限を委任します。		
委任事項	該当するものの番号に○を付けてください。	
	1.B類疾病予防接種の手続きに関する事	
	2.保健事業実費徴収金免除証明書交付の手続きに関する事	
	3.その他()	
委任者 (本人)	住所	
	氏名	ⓐ
	生年月日	大正・昭和 年 月 日
	電話番号	
代筆者 (委任者が記入困難な場合)	氏名	ⓐ (本人との続柄)
		本人が記入できない理由()

【添付書類】

- ①委任者の本人確認書類(マイナンバーカード・健康保険証・介護保険証等の写し)
※保健事業費用免除申請者のうち、あま市外で生活保護受給者は、受給を証明できる書類
- ②代理人の身元確認書類等
 - ・同居でない親族(世帯分離者含む):マイナンバーカード・運転免許証等の写し
 - ・施設職員等:代理人の本人確認書類(マイナンバーカード・運転免許証等)および所属の分かるもの(名刺等)