

# 委任状

年 月 日

春日部市長 あて

## 代理人

住 所 : \_\_\_\_\_

氏 名 : \_\_\_\_\_

(申請者との続柄 : \_\_\_\_\_ )

生年月日 : \_\_\_\_\_

私は、上記の者を代理人と定め、下記に関する権限を委任いたします。

## 記

1. 春日部市予防接種等助成金の交付申請（請求）に関する権限
2. 春日部市予防接種等助成金の受領に関する権限

## 申請者（保護者）

住 所 : \_\_\_\_\_

氏 名 : \_\_\_\_\_ ⑩

生年月日 : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_

(日中連絡の取れる電話番号を記載してください)

## ※代筆者記入欄

(申請者が自署できない場合は下記を記入し、代筆できない理由が分かる書類をご提示ください) 代 筆 者 : \_\_\_\_\_

自署できない理由 : \_\_\_\_\_

## ※健康課確認欄

代理人本人確認書類	運転免許証・健康保険証・パスポート・その他 ( )
自署できない理由が確認できる書類	介護保険証・障害者手帳(身・療・精)・その他 ( )

**注意事項**

必ず申請者（保護者）が自筆で記入し、押印してください。

□申請者が自署できない場合は、一番下の代筆者、自署できない理由も記入し、自署できない理由が分かる書類（障害者手帳、介護保険証など）を提示してください。

□代理人（受領者）ご本人様が分かる顔写真つきの官公庁が発行した身分証明証をご提示ください。

## 委任状

年 月 日

春日部市長 あて

代理人

住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_

（申請者との続柄： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_

受領される方の住所、氏名、本人との続柄、生年月日をご記入ください

私は、上記の者を代理人と定め、下記に関する権限を委任いたします。

記

1. 春日部市予防接種等助成金の交付申請（請求）に関する権限
2. 春日部市予防接種等助成金の受領に関する権限

申請者（保護者）

住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

（日中連絡の取れる電話番号を記載してください）

朱肉を必要とする印鑑を使用してください（インク浸透印不可）

印

### ※代筆者記入欄

（申請者が自署できない場合は下記を記入し、代筆できない理由が分かる書類をご提示ください）

代 筆 者： \_\_\_\_\_

自署できない理由： \_\_\_\_\_

### ※健康課確認欄

代理人本人確認書類	運転免許証・健康保険証・パスポート・その他（ ）
自署できない理由が確認できる書類	介護保険証・障害者手帳（身・療・精）・その他（ ）