

様式第 6 号 (第 10 条関係)

委任状

年 月 日

松 川 町 長

(委任者)

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

電話番号 _____

私は、松川町県外予防接種費補助金の対象者認定申請、交付申請、請求及び受領に関する権限を下記の者に委任します。

記

(受任者)

住所 _____

(施設等名 _____)

氏名 _____

※施設等の場合は職・氏名を明記

電話番号 _____