

年 月 日

委任者住所 〒

委任者氏名*1 ⑩

電話番号 ()

委任状

私は、調布市福祉健康部健康推進課長 を代理人と定め、定期予防接種費助成金の交付に係る下記の権限を委任します。

なお、下記の口座に定期予防接種費助成金が振り込まれたときは、同時に調布市から受領したものとします。

記

- 1 交付決定後の助成金の請求に関すること。
- 2 助成金の口座振込に関すること。

フリガナ							
被接種者 氏 名							
金融機関名	銀 行 信用金庫 農 協						支店
預金口座	普通 当座	口座番号					
フリガナ							
口座名義*2							

<注意事項>

- *1 委任者は申請者の方に限ります。
- *2 口座名義は委任者の方のものに限ります（成年後見人がいる場合を除く）。