## 委 任 状

※該当するところに□をしてください。またその他の場合は具体的な理由、関係等を記入してください。

| 入してください                          | <b>\</b> 0 |        |       |          |         |    |   |   |
|----------------------------------|------------|--------|-------|----------|---------|----|---|---|
| 私は、下記の理由で来庁できないので                |            |        |       |          |         |    |   |   |
| □ 仕事で                            | 時間がない      | □ 学校に行 | 亍っている |          | 入院してい   | いる |   |   |
| □ 体調が思わしくない □ その他(               |            |        |       |          |         |    | ) |   |
| 私からみて                            |            |        |       |          |         |    |   |   |
| □ 配偶者 □ 両親 □ 子供 □ 兄弟姉妹 □ その他(    |            |        |       |          |         |    | ) |   |
| の関係にある次の者を代理人と定めて、               |            |        |       |          |         |    |   |   |
| □ 季節性インフルエンザ □ 新型コロナ             |            |        |       |          |         |    |   |   |
| ワクチン接種非課税確認書の申請及び交付に関する権限を委任します。 |            |        |       |          |         |    |   |   |
|                                  |            |        |       |          |         |    |   |   |
| 代 理 人                            | 住 所        |        |       |          |         |    |   |   |
|                                  | 氏 名        |        |       | 生年<br>月日 | 大正昭和・平成 | 年  | 月 | 日 |
| 上記のとおり委任事実に相違ありません。              |            |        |       |          |         |    |   |   |
| 令和                               | <b>声</b> 月 | 日      |       |          |         |    |   |   |
|                                  |            |        |       |          |         |    |   |   |
| 委任する                             | 住所         |        | 電話番号  |          | (       | )  |   |   |
| 本人                               | 氏 名        |        | 印     | 生年 月日    | 大正 昭和   | 年  | 月 | 日 |