

別記様式第1号の2

(被接種者が18歳以上の場合)

委任状

令和 年 月 日

(宛先) 新潟市長

【委任者】 ※被接種者本人が記載すること

住 所

氏 名

生年月日

電話番号

私は、下記の者を代理人と定め、新潟県外で接種した定期予防接種費用償還払いの申請（請求）及び受領の権限を委任します。

【代理人】

住 所

氏 名

(被接種者との続柄)

生年月日

電話番号