

令和 年 月 日

大野城市長 様

(申請者)

住 所

電話番号

氏 名

大野城市带状疱疹予防接種費用助成金に関する受領委任書

大野城市带状疱疹予防接種費用助成金の受取りに関する権限を下記の受取人に委任
します。

記

受取人

住 所	郵便番号 ー (住所)
電話番号	
受取人氏名	