

委任状

年 月 日

甲佐町長 様

私（委任者）は、受任者を代理人と定め、甲佐町がん患者アピアランスケア推進事業補助金の申請及び請求に関する権限を甲佐町がん患者アピアランスケア推進事業補助金交付要綱第6条に基づき委任します。

委任者 住所 :
氏名 : 印
電話連絡先 :

受任者 住所 :
氏名 : 印
電話連絡先 :

※「委任者」欄には補助対象者（実際に用具を使用する方）、「受任者」欄には申請者（代理で申請する方）を記載してください。