

様式第2号（第7条関係）

委 任 状

令和 年 月 日

山都町長 様

私（委任者）は、受任者を代理人と定め、山都町がん患者アピアランスケア推進事業助成金の申請及び助成金の受領に関する権限を山都町がん患者アピアランスケア推進事業助成金交付要綱第7条第2項の規定に基づき委任します。

委任者

住所

氏名

電話連絡先

受任者

住所

氏名

電話連絡先

※「委任者」欄には助成対象者（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。