

様式第2号（第6条関係）

委 任 状

年 月 日

多良木町長 様

私（委任者）は、受任者を代理人と定め、多良木町がん患者アピアランス事業補助金の申請及び請求に関する権限を多良木町がん患者アピアランスケア事業補助金交付要綱第6条第2項に基づき委任します。

委任者

住 所

氏 名

※署名又は押印

電話連絡先

受任者

住 所

氏 名

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）を記載し、「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。