

様式第2号（第5条関係）

委任状

私は、人吉市がん患者アピアランスケア推進事業助成金交付要項第5条の規定に基づき、申請及び請求に関する権限を委任します。

記

委任者（助成対象者）

住所	〒
氏名	印
電話番号	

受任者

住所	〒
氏名	印
電話番号	

※委任者欄には助成対象者（実際に用具を使用する人）、受任者には代理で申請する者を記載してください。