

様式第 2 (第 7 条関係)

委任状 (設楽町がん患者アピアランスケア支援事業補助金)

年 月 日

設楽町長 殿

私 (甲) は、乙を代理人と定め、設楽町がん患者アピアランスケア支援事業補助金の申請及び受領に関する権限を委任します。

甲 (委任者)

住所 〒

設楽町

---

氏名 (自署)

---

上記委任の件、承諾しました。

乙 (受任者)

住所 〒

---

氏名 (自署)

---

※「委任者」欄には補助金の交付の対象者、「受任者」欄には申請者を記載してください。