

委任状

年 月 日

小城市長 様

【代理人】

代理で窓口に来所される方

住所

氏名

(委任する人との関係)

私は、上記の者を代理人と定め、がん患者アピアランスケア助成金の申請及び請求に関する権限を委任します。

【委任する人】

助成対象者本人  
(対象者が18歳未満の場合は、保護者)

住所

氏名

印

※この委任状は、委任する人が全て記入し、押印してください。

※代理人の方は、代理人の身分証明できるもの（運転免許証、健康保険証など）をご持参ください。