

委 任 状

年 月 日

益城町長 様

私（委任者）は、受任者を代理人と定め、益城町がん患者アピアランスケア支援事業助成金の申請について、益城町がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり委任します。

記

委任者 (助成対象者)	住所	
	氏名	(自署又は記名押印)
受任者	住所	
	氏名	
	委任者との続柄	

※「委任者」欄には助成対象者（実際に補整具を使用される方）、「受任者」欄には代理人を記載してください。