様式第２号（第７条関係）

委任状

（伊佐市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付）

年　　月　　日

伊佐市長　様

委任者（対象者）住所

氏名　　　　　　　　　　　　㊞

※署名（自署）の場合、押印は必要ありません。

　　私は、下記の受任者を代理人として定め、伊佐市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付の申請、請求及び受領に関する一切の権限を委任します。

記

受任者（代理人）

　　住所

氏名　　　　　　　　　　　㊞

※署名（自署）の場合、押印は必要ありません。

電話番号