

様式第2号（第6条関係）

委 任 状

年 月 日

相良村長 様

私（委任者）は、受任者を代理人と定め、相良村がん患者アピアランスケア推進事業補助金の申請及び請求に関する権限を相良村がん患者アピアランスケア推進事業補助金交付要綱第6条に基づき委任します。

委任者

住所

氏名

電話番号

印

受任者

住所

氏名

電話番号

印

※「委任者」欄には補助対象者（実際に用具を使用する方）、「受任者」欄には申請者（代理で申請する方）を記載してください。