

様式第2号（第5条関係）

委 任 状

年 月 日

養老町長 あて

代理人	住 所	
	氏 名	
	委任者との関係	
	連絡先(電話)	

私は、上記の者を代理人と定め、がん患者医療用ウィッグ購入費助成金の申請に係る関係書類の提出及び当助成金の請求に関する一切の権限を委任します。ただし、当助成金を受領する者は、委任する人としします。

記

委任者	住 所	
	氏 名	⑩
	連絡先(電話)	
代筆者 (委任者 が記載 できな い場合)	住 所	
	氏 名	⑩
	委任者との関係	
	代筆の理由	

※委任者が記載できないやむを得ない理由がある場合に限り、代筆者が全て作成すること。