

委任状（糸満市がん患者アピアランスケア支援事業助成金）

年 月 日

（宛先）糸満市長

私は、次のとおり代理人を選任し、糸満市がん患者アピアランスケア支援事業助成金の申請を委任します。

委任者（助成対象者）

住 所

氏 名

連絡先

受任者（代理人）

住 所

氏 名

連絡先

委任者との続柄