

第2号様式（第4条関係）

年 月 日

知名町長 様

委 任 状

私（委任者）は、受任者（申請者）を代理人と定め、知名町がん患者
アピアランスケア支援事業に係る助成金の申請及び受領に関する権限
を委任します。

「委任者」※助成対象者（実際にウィッグを使用する方）

住所

氏名

印

電話連絡先

「受任者」※申請者（代理で申請する方）

住所

氏名

印

電話連絡先