

委 任 状

年 月 日

門川町長 宛て

委任者

住所

氏名

印

生年月日

電話連絡先

私（委任者）は、下記の受任者を代理人と定め、門川町アピアランスケア推進事業助成金の申請及び請求に関する権限を委任します。

受任者

住所

氏名

印

電話連絡先

※「委任者」欄には助成対象者（実際にウィッグ等又は乳房補整具を使用する方）、「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。