

委 任 状

年 月 日

長島町長 様

私（委任者）は、受任者を代理人と定め、長島町がん患者アピアランスケア推進事業助成金の申請に関する権限を委任します。

（委任者）

住所 _____

氏名 _____

（受任者）

住所 _____

氏名 _____

※「委任者」欄には助成対象者（実際に助成対象用具を使用する方）、「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。