

草津市がん患者のアピアランスケア支援事業 委 任 状

_____年 ____月 ____日

下記の者を代理人と定め、
草津市がん患者のアピアランスケア支援事業助成金交付申請に関する所定の権限を委任します。

委任を受けた人 (代理人)	住 所	〒 -
	フリガナ 氏 名	
	生年月日	年 月 日

委任する内容（該当する項目に✓を記入ください） ※複数可

- 助成金交付申請書兼請求書の届出をすること。
- 助成金交付振込先を代理人にすること。
- 補整具購入時の領収書宛名を代理人にすること。
- 交付決定通知書または交付申請棄却(却下)決定通知書の送付先を代理人にすること。

委任をした人 (助成対象者) <small>※自署または記名押印</small>	住 所	〒525-00 草津市
	フリガナ 氏 名	
	生年月日	年 月 日