様式第1号（第6条関係）

委　任　状

年　　月　　日

　長洲町長　様

　私(委任者)は、受任者を代理人と定め、長洲町がん患者のアピアランス支援事業助成金の申請及び受領に関する権限を長洲町がん患者のアピアランスケア支援事業助成金交付要綱第6条に基づき委任します。

委任者

住所

　　氏名　　　　　　　　　印

　　電話連絡先

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。