

委 任 状

年 月 日

瀬戸内町長 殿

私（委任者）は、受任者を代理人と定め、瀬戸内町がん患者ウィッグ購入費助成事業に係る助成金の申請に関する一切の権限を委任します。

委任者（対象者）

住 所

氏 名

_____ (印)

電話番号

受任者（申請人）

住 所

氏 名

_____ (印)

電話番号

※「委任者（対象者）」欄は実際にウィッグを使用する方、「受任者（申請人）」欄には委任者に代わって代理で申請される方をそれぞれ記載してください。