

委任状

令和 年 月 日

代理人

(住所)

(氏名)

私は、上記のものを代理者に定め、下記の権限を委任します。

委任事項

豊明市が実施する「がん患者医療用ウィッグ等補助金制度」に係る申請手続き

委任者

(住所)

(氏名)

(電話番号) ()

※この委任状は、豊明市がん患者医療用ウィッグ等補助金制度の申請にのみ使用するものとします。