

委任状

年 月 日

委任者（対象者）は、代理人（続柄_____）に対し、「がん患者アピアランスケア支援事業費補助金」を受けるにあたって一切の権限を委任し、代理人はこれを承諾しました。

委任者 (対象者)	住 所 電話番号
	氏 名 (自署または押印)

代理人 (申請者)	住 所 電話番号
	氏 名 (自署または押印)

○対象者が未成年の場合は委任状を記入する必要はありません。対象者が18歳以上で、対象者と申請者が異なる場合は必ずご提出ください。