

## 委任状

令和 ○ 年 △ 月 □ 日

委任者（対象者）は、代理人（続柄 夫）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 <b>知立市桜木町桜木 1 1 番地 2</b> 電話番号 <b>0566 - 82 - 8211</b>
	氏 名 (自署または押印) <b>知立 花子</b> ※本人が記入不可の場合は代理人が記入し、押印必要

代理人 (申請者)	住 所 <b>知立市桜木町桜木 1 1 番地 2</b> 電話番号 <b>0566 - 82 - 8211</b>
	氏 名 (自署または押印) <b>知立 太郎</b>

※対象者が未成年者の場合は提出不要※

○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。