

委任状

(栄町がん患者アピアランスケア支援事業助成金)

年 月 日

栄町長宛

【委任者本人（助成対象者）】

住所 〒

氏名

印

私は下記の者を代理人と定め、栄町がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付の申請に関する権限を委任します。

【代理人（申請者）】

住所 〒

氏名
