

様式第2号（第7条関係）

年 月 日

中種子町長 殿

委 任 状

私（委任者）は、受任者を代理人と定め、中種子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権限を委任します。

「委任者」

住所

氏名

印

電話連絡先

「受任者」

住所

氏名

印

電話連絡先

※「委任者」欄には助成対象者（実際にウィッグを使用する方），「受任者」欄には申請者（代理で申請する方）を記載してください。