委任状（新城市がん患者アピアランスケア支援事業）

年　　月　　日

（宛先）新城市長

私（甲）は、乙を代理人と定め、新城市がん患者アピアランスケア支援事業に係る補助金の申請及び受領に関する権限を委任します。

甲（委任者）

住所　〒

氏名（自署）

上記委任の件、承諾しました。

乙（受任者）

住所　〒

氏名（自署）

※「委任者」欄には補助対象者、「受任者」欄には申請者を記載してください。