

委任状

(町田市がん患者アピアランスケア用品購入費等助成金)

年 月 日

町田市長宛

委任者（対象者）

住所 〒

氏名

印

私は次の者を代理人と定め、町田市がん患者アピアランスケア用品購入費等助成金交付に係る申請及び受領並びに請求に関する権限を委任します。

代理人（申請者）

住所 〒

氏名
