

委任状（高取町がん患者アピアランスサポート事業助成金）

年 月 日

高取町長 様

私（甲）は、乙を代理人と定め、高取町がん患者アピアランスサポート事業助成金の
（ 申請 ・ 受領 ）に関する権限を委任します。

甲（委任者）

住所：〒

奈良県高市郡高取町大字

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」欄には助成金の交付対象者、「受任者」欄には申請者を記入してください。