

※ 必ず委任する方（助成対象者）が全て記入してください。

委 任 状

会計管理者宛

代理人の 住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

私は、上記の者を代理人と定め、国分寺市がん患者アピアランスケア用品購入等
費用助成金の受領に関する権限を委任します。

年 月 日

委任者の 住 所 _____

氏 名 _____ 印

※会計処理のため、委任者の押印は省略不可です。

※委任状原本は窓口または郵送のみ受付できます。FAX での送付不可。