様式第２号（第７条関係）

委　任　状

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日

都城市長　宛て

　　私（委任者）は、受任者を代理人と定め、都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請求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」欄には補助対象者（実際にウィッグ又は乳房補整具を使用する方）、「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。