

委 任 状

年 月 日

伊予市長 様

私は、下記の者を代理人と定め、伊予市若年がん患者在宅療養支援事業に係る助成金の請求及び受領に関する一切の権限を委任します。

助成金は、伊予市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付請求書（様式第10号）記載の口座に振り込み願います。

記

【委任者】

住所 〒

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_

【受領者】

住所 〒

\_\_\_\_\_

事業所名

\_\_\_\_\_

代表者名

\_\_\_\_\_