委　　　任　　　状

年　　　　月　　　　日

肝付町長　　　殿

私（委任者）は、受任者（申請者）を代理人と定め、肝付町アピアランスケア支援事業に係る助成金の申請及び受領に関する一切の権限を委任します。

委任者（対象者）

住　　　所 肝付町

氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

受任者（申請者）

住　　　所

氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　委任者との続柄

※「委任者（対象者）」欄は実際にウィッグ等を使用する方、「受任者（申請者）」欄には委任者に代わって代理で申請される方をそれぞれ記載してください。