

# 委任状

代理人（委任を受けた者）

住所	〒            —
氏名	
生年月日	
電話番号	
本人との続柄	

私は、上記の者を代理人と定め、彦根市がん患者アピアランスサポート事業助成金の請求または、領収にかかる権限を委任します。

令和       年       月       日

彦根市長       様

委任者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

\*本委任状は、原則委任者本人が記入してください。