

委任状

年 月 日

対象者（委任者）住所 鶴田町大字

氏 名

電話番号

私は、下記の者に、がん患者医療用補整具購入費助成事業申請に関する一切の権限を委任します。

申請者（代理人）住 所

氏 名

助成対象者（委任者）との続柄

電話番号