委 任 状

年　　月　　日

内子町長　様

委任者

　　　住　　所：

　　　氏　　名：

　　　生年月日：

私は次の者を代理人と定め、内子町がんの治療に係るウィッグ等購入費助成金の申請及び請求・受領に関する権限を委任します。

　受任者

　　　住　　所：

　　　氏　　名：

　　　生年月日：

本人との続柄：