

令和 年 月 日

委任状

(助成対象者) 氏名
住所 泉南市
生年月日 年 月 日
電話番号

泉南市がん患者医療用ウィッグ及び乳房補整具購入費
助成の件について、下記代理人に申請・受領に関する権
限を委任します。

(代理人)
氏名
住所
電話番号
助成対象者との続柄