

# 委任状

令和 年 月 日

豊川市長 殿

委任者（補助対象者）は受任者を代理人と定め、豊川市がん患者アピアランスケア支援事業に係る補助金交付の申請及び受領に関する権限を委任します。

委任者（補助対象者）

1 住 所 豊川市

2 氏名(自署) \_\_\_\_\_

3 生年月日 (T・S・H・R) 年 月 日

4 電話番号 \_\_\_\_\_

上記委任者の代理人を承知しました。

受任者

1 住 所 \_\_\_\_\_

2 氏名(自署) \_\_\_\_\_

3 生年月日 (T・S・H) 年 月 日

4 電話番号 \_\_\_\_\_