

様式第2号（第7条関係）

委 任 状

年 月 日

都城市長 宛て

私（委任者）は、受任者を代理人と定め、都城市アピランスケア等支援事業に係る補助金の申請に関する権限を委任します。

委任者

住所

氏名

電話連絡先

受任者

住所

氏名

電話連絡先

※「委任者」欄には補助対象者（実際にウィッグ又は乳房補整具を使用する方）、「受任者」欄には申請者（代理で申請する方）を記載してください。

※署名又は記名押印してください。