

様式第2号（第5条関係）

委任状

年 月 日

合志市長 様

私(委任者)は、受任者を代理人と定め、合志市がん患者アピアランス推進事業補助金の申請及び請求に関する権限を合志市がん患者アピアランスケア推進事業補助金交付要綱第5条第4項に基づき委任します。

委任者

住所	
氏名	印
電話連絡先	

受任者

住所	
氏名	印
電話連絡先	

※「委任者」欄には補助対象者（実際に用具を使用する方）、「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。

※受任者は本人が確認できる書類（個人番号カード・運転免許証・パスポート等）を提示してください。

【市役所確認欄】

受任者 本人確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他（ ）
---------------	---