

様式第2（第7条関係）

委 任 状

年 月 日

鹿児島市長 殿

委任者

住所

氏名

印

電話連絡先

私（委任者）は、受任者を代理人と定め、鹿児島市がん患者アピアランスケア支援事業に係る次の権限を委任します。

委任事項

- 1 助成金の申請に関する件
- 2 助成金の請求に関する件
- 3 助成金の受領に関する件

受任者

住所

氏名

電話連絡先

※「委任者」欄には助成対象者（実際にウィッグ等又は乳房補整具を使用する方）を、「受任者」欄には申請者（代理で申請等を行う方）を記載してください。