

第2号様式（第6条関係）

年 月 日

与論町長 様

委 任 者

〒

住所

氏名

印

与論町がん患者アピアランスケア支援事業の申請に関する権限の委任状

私は、下記の者を代理人と定め、与論町がん患者アピアランスケア支援事業の申請に関する権限を委任します。

記

受 任 者

〒

住所

氏名

印

※ 「委任者」欄には対象者（実際にウィッグや補助器具類等を使用する方（対象者が未成年の場合においては、その保護者の方））、「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。