

様式第9号（第15条関係）

年 月 日

吉田町長 様

委任状

私は、下記の者を代理人と定め、吉田町小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金（ 年 月分）の請求及び受領に関する一切の権限を委任するので、請求書記載の口座に振り込み願います。

記

委 任 者 （利用者）

住 所 吉田町

氏 名（署名又は記名押印）

受 領 者 （事業所等）

住 所

氏名又は事業所名（署名又は記名押印）

管理者名（※）

※事業所等に委任する場合のみ、御記入ください。