

委任状

年 月 日

大泉町長 様

私は、下記の者を代理人と定め、大泉町若年がん患者在宅療養費補助事業に係る補助金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

住所 〒 _____

氏名 _____ 印

受 領 者

住所 〒 _____

氏名 _____ 印