

令和 年 月 日

委任状

(助成対象者) 氏名

⑩

住所

富田林市がん患者医療用ウィッグ及び乳房補正具購入費
助成の件について、下記代理人に申請・受領に関する権限
を委任します。

(代理人) 氏名

住所