

委 任 状

年 月 日

東松島市長 様

代理人 住 所 〒 _____

氏 名 _____

委任者との続柄 _____

上記のものを代理人と定め、東松島市医療用ウィッグ・補正具購入助成金に係る
(申請 ・ 受領) の権限を委任します。

委任者 住 所 〒 _____

(対象者) 氏 名 _____ 印