※ 必ず委任する方（助成対象者）が全て記入してください。

委　任　状

西東京市長あて

代理人の　住　所

氏　 　名

生年月日 明・大・昭・平　　　 　　年　　　　 　　月　　　 　　　日

私は、上記の者を代理人と定め、　西東京市がん患者アピアランスケア助成金の受領　に関する権限を委任します。

　　 　年　　 　 月　　 　 　日

委任者の 住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印