

※ 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