委 任 状

年　　月　　日

錦江町長　様

　私は、下記の者を代理人と定め、錦江町若年末期がん療養支援事業利用料（　　　年　　月分～　　年　　月分）として、錦江町から支払われる利用料の助成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　〒

事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

管理者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印