様式第９号（第 14 条関係）

年　月　日

南伊豆町長　様

# 委任状

私は、次の者を代理人と定め、南伊豆町小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金（　　年　　月分）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込み願います。

委　任　者　（利用者）

住所　〒

氏名　　㊞

受　領　者　（事業所等）

住所　〒

氏名又は事業所名　　㊞

管理者名（※）　　㊞

※　事業所に委任する場合のみ、ご記入下さい。