

年 月 日

須賀川市長

委任者 住所
(利用者) 氏名

須賀川市若年がん患者在宅療養支援事業補助金に関する委任状

私は、下記の者を代理人と定め、須賀川市若年がん患者在宅療養支援事業に係る 年 月分の補助金の請求及び受領に関する一切の権限を委任します。

記

受任者（サービス提供事業者）

住所

事業者名

管理者名（※）

（受任者が署名又は記名押印してください。）

※ 事業者に委任する場合のみ、ご記入ください。