

様式第2号（第6条関係）

委 任 状

岩沼市長 殿

【受任者】

住 所

氏 名

（委任者との関係： ）

生年月日 年 月 日

上記の者に、岩沼市医療用ウィッグ購入費助成金申請及び助成金の振り込み等に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

【委任者】

住 所

氏 名

Ⓜ

生年月日 年 月 日