

# 委任状

年 月 日

みやま市長 様

## 1 本人（委任者）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

電話番号 \_\_\_\_\_

私は、下記のことを代理人と定め、 年 月 日付申請のアピアランス  
ケア推進事業助成金の申請に関する一切の権限を委任します。

## 2 代理人（受任者）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

電話番号 \_\_\_\_\_

注 本委任状は、本人が自筆で記入し、署名捺印してください。