

様式第 4 号

令和 年 月 日

(宛名) 河合町長

委任状

委任者 (助成対象者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

私は、次のとおり代理人を選任し、河合町アピランスケア支援事業助成金の申請を委任します。

受任者 (申請者 代理人)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

委任者との関係 \_\_\_\_\_