委任状

令和 年 月 日

(あて先) 旭川市会計管理者

受任者
住所
氏名
電話番号 () -
委任者との関係

私は、上記のものを代理人と定め、旭川市がん患者のためのアピアランスケア助成事業のうち、受領に関する権限を委任します。

委任者(助成対象者)				
住所				
氏名	印			
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日
電話番号 () -				

※ この委任状は、委任者本人が受任者欄も含めて自署し、押印してください。(スタンプ印不可)
委任者が未成年の場合は親権者が委任者となります。
委任状の内容に訂正がある場合は、委任者が訂正印を押してください。
委任状を偽造したり、不正に使用すると法律により罰せられます。