

委任状

年 月 日

代理人

住所

氏名 生年月日 年 月 日

委任者との関係

委任事項

私は上記の者を代理人と定め、大川市アピアランスケア推進事業の助成金の受領について、権限を委任します。

委任者

住所

氏名 生年月日 年 月 日

大川市長あて

※委任者署名は、本人の自筆にてお願いいたします。

※次の書面をお持ちください。

- ①代理人の方の本人確認ができる書面（自動車運転免許証等）
- ②委任者の確認ができる書面（健康保険証等）