

様式第 2 号（第 7 条関係）

委 任 状

岩沼市長 殿

【代理人】

住 所

氏 名 (申請者との関係： )

生年月日 年 月 日

上記の者に、岩沼市医療用ウィッグ等購入費助成金申請等に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

【申請者】

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日