

年 月 日

奄美市長 殿

委任者

〒

住所 _____

氏名 _____

㊞

奄美市がん患者アピアランスケア支援事業の交付申請及び請求に関する権限の委任状

私は、以下の者を代理人と定め、奄美市がん患者アピアランスケア支援事業の交付申請及び請求に係る権限を委任します。

記

受任者

〒

住所 _____

氏名 _____

※「委任者」欄には対象者（実際に医療用ウィッグ又は乳房補整具を使用する方）、「受任者」欄には申請者（代理で申請する方）を記載してください。