第２号様式（第７条関係）

年　　月　　日

　霧島市長　　　　　　　　様

委　任　者

〒

住所

氏名

霧島市がん患者アピアランスケア支援事業の申請に関する権限の委任状

　私は、下記の者を代理人と定め、霧島市がん患者アピアランスケア支援事業の申請に関す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（実際に医療用補整具を使用する方（対象者が未成年の場合においては、その保護者の方））、「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。