

年 月 日

函南町長 仁科 喜世志 様

委任状

私は、下記の者を代理人と定め、函南町小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業利用料（ 年 月分）として、函南町から支払われる利用料の助成金の請求及び受領に関する一切の権限を委任するので、請求書記載の口座に振り込み願います。

記

委任者(サービス利用者またはサービス利用者家族)

住所 〒 _____

氏名 _____ ㊞

受領者（事業所等）

住所 〒 _____

氏名または事業所名 _____ ㊞

管理者名（*） _____ ㊞

*事業所に委任する場合のみ、ご記入ください。