

様式第9号（第11条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

年 月 日

長泉町長 様

委任状

私は、下記の者を代理人と定め、長泉町小児・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、長泉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 （患者もしくは患者家族）

住所 〒

氏名 ⑩

受 領 者 （事業所等）

住所 〒

氏名または事業所名 ⑩

管理者名（※） ⑩

※事業所に委任する場合のみ、ご記入下さい。