

様式第2号

年 月 日

渋川市長 様

委任者 住所

氏名（自署）

電話番号

渋川市がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金の受取に関する委任状

私は、次の者を代理人と定め、渋川市がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金の受取に関する事項を委任します。

受任者 住所

氏名

電話番号