

年 月 日

伊東市長 様

## 委 任 状

私は、下記の者を代理人と定め、伊東市小児・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、伊東市から支払われる利用料の補助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（患者又は患者家族）

住所 〒 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

（委任者が署名又は記名押印してください。）

受 領 者（事業所等）

住所 〒 \_\_\_\_\_

氏名又は事業所名 \_\_\_\_\_ 印

管理者名（※） \_\_\_\_\_ 印

（受領者が署名又は記名押印してください。）

※事業所に委任する場合のみご記入ください。