

委 任 状
(福岡市アピランスケア推進事業用)

年 月 日

福岡市長 宛

【代理人 (頼まれた人)】

住 所 _____

氏 名 _____ (続柄 _____)

生年月日 _____ 年 月 日 _____

電話番号 _____

私 (委任者) は福岡市アピランスケア推進事業助成金に係る交付申請、請求及び受領に関する権限を上記の代理人に委任します。

【委任者 (助成対象者)】

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日 _____

電話番号 _____

※助成対象者が18歳未満で、その法定代理人による申請の場合は、委任状は不要です。