

西川町重粒子線治療費助成事業交付申請に係る委任状

年 月 日

西川町長 殿

【委任する人（重粒子線治療を受ける患者）】

住 所		ふりがな	
		名前	印
		性別	
		生年月日	

私は、下記の者を代理人と定め、西川町重粒子線治療費助成事業の交付申請に係る関係書類の提出及び当助成金の請求に関する一切のこと（当助成金の受領を除く）を委任します。

記

【代理人】

住 所		ふりがな	
		名前	印
		性別	
		生年月日	
		委任する人との関係	