

委任状

※ 必ず委任する方（助成対象者）が全て記入してください。

代理人住所	
代理人氏名	
代理人生年月日	
代理人電話番号	
委任者との関係	

私（委任者・助成対象者）は、上記の者を代理人として、南アルプス市がん患者アピアランスケア助成事業助成金の申請における次の権限を委任します。

※ 各項目の□にチェックを記入してください。

- 申請書における申請者として、南アルプス市に助成金の申請を行うこと。
- 申請者の口座を振込先として、南アルプス市から助成金の交付を受けること。

なお、申請にあたり次のことについて同意します。

- 助成要件確認のため、南アルプス市が住民基本台帳による世帯情報及び個人住民税課税台帳等による私（助成対象者）及び同一世帯員の滞納情報の確認をすること。
- 南アルプス市から医療機関に対して治療内容を、又は購入先に対して購入内容を照会すること。
- 南アルプス市から山梨県に対して助成実績に係る情報を提供すること。

令和 年 月 日

委任者住所	南アルプス市
委任者氏名	
委任者生年月日	
委任者電話番号	