

委 任 状

年 月 日

寝屋川市長 様

私は、下記の者を代理人と定め、寝屋川市若年がん患者在宅療養支援事業利用料（ 年 月分）として、寝屋川市から支払われる利用料の助成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

利用者氏名

委任者

住所 〒

氏名

印

（自署の場合は押印不要）

受領者

住所 〒

事業所名

印

管理者名

印

（自署の場合は押印不要）

- ※ 寝屋川市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付申請書兼請求書（受領委任払）（様式第 10 号）記載の口座名義人と同一の名義であること。
- ※ 受領者は利用日の翌月末までに請求すること。