

# 委 任 状

必ず、全て委任者が記入してください。

安 城 市 長

年 月 日

住 所

氏 名

印

私は、**安城市アピランスケア用品購入費補助金の受領**に関する権限を  
下記の者に委任します。

なお、振込先口座及び金額の内容は下記のとおりです。

記

1 受 任 者

住 所	
氏 名	

2 振 込 先 口 座

金融機関名							
本・支店名							
預金種目	1. 普通		2. 当座				
口座番号							
フリガナ							
受取人 口座名義							

3 金 額 及 び 内 容 内 訳

金 額	円
内 容 内 訳	安城市アピランスケア用品購入費補助金