様式第2号（第4条関係）

委　　　　任　　　　状

年　　月　　日

代理人　住所

氏名

　私は、上記の者を代理人と定め、がん患者用医療用ウイッグ・乳房補整具購入助成金の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を委任します。

ただし、当助成金を受領する者は、委任する人とします。

庄内町長　　　　　　　　　宛

委任する人（対象者（児））　住所

氏名

委任する人（対象児の親権者）　住所

氏名

様式第3号（第5条関係）

第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　様

庄内町長　　　　　　　　　印

令和7年度庄内町がん患者医療用ウイッグ・乳房補整具購入助成金交付決定

及び交付額確定（申請却下）通知書

年　　月　　日付けで交付申請のあった令和7年度庄内町がん患者医療用ウイッグ・乳房補整具購入助成金について、下記のとおり交付の決定及び交付額の確定をした（却下した）ので、庄内町補助金等の適正化に関する規則第5条第1項及び第14条の規定により通知します。

記

1　交付決定及び確定額　　　　　　　　　　　　円

2　助成金交付予定日　　　　　　年　　月　　日

3　却下した場合はその理由