

委任状

| | | | | |
|-----|------|--|------|--|
| 代理人 | 住所 | | | |
| | フリガナ | | 電話番号 | |
| | 氏名 | | | |

私は上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

泉佐野市地域猫不妊手術費用助成金交付の申請手続き

泉佐野市地域猫不妊手術費用助成金交付の請求手続き

泉佐野市地域猫不妊手術費用助成金の受領

令和 年 月 日

泉 佐 野 市 長 様

| | | | | |
|-----|------|---|--|--|
| 申請者 | 住所 | | | |
| | フリガナ | | | |
| | 氏名 | 印 | | |