

## 委 任 状

|      |      |      |  |
|------|------|------|--|
| 代理 人 | 住 所  |      |  |
|      | フリガナ |      |  |
|      | 氏 名  | 電話番号 |  |

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去勢手術費用助成金交付の申請手続き

泉佐野市地域猫不妊去勢手術費用助成金交付の請求手続き

泉佐野市地域猫不妊去勢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 |  |