委　任　状

【委任者】

　〒

住　所

法人名

代表者

代表者印

　　　役職名

　　　氏　名

令和5年度仙台市福祉施設等食材料費負担軽減事業補助金の受

領に関する権限を下記の者に委任します。

　　　　　　　　　　　　　　　　令和５年　　　月　　　日

【代理人（受取人）】

　〒　　　　　　　　　　　　　電話番号

住　所

法人名

代表者

　　　役職名

　　　氏　名

**※　振込先口座を，申請者以外に指定する場合のみ記入してください。**

**※　代理人（受取人）は，同一法人内でお願いします。**