

# 障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する 委任解除届

事業所 番号										
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

大阪府国民健康保険団体連合会  
理事長様

委任者

法人住所

法人名

印

役職・代表者名

私は、下記1の者（以下「代理人」という。）に対し、下記2の事項について、代理権授与の届をいたしておりましたが、このたび都合により令和 年 月 日付けをもって委任を解除し、代理人の代理権が消滅しましたのでお届けいたします。

記

1 受任者 住所

印

氏名

- 2 1) 障害福祉サービス費等の請求に関すること。  
2) 障害福祉サービス費等の受領に関すること。