

令和 年 月 日

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する 委任状

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

役職・代表者名



下記の受任者をもって代理人と定め、下記の権限を委任します。

委任事項（１・２のいずれかを委任する場合、他方は、抹消のこと。）

- 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。

なお、本受任者の代理権については、貴連合会に対し、委任者から「委任解除届」又は新たな「委任状」が送達された日をもって消滅するものとします。

住所
受任者
氏名