

※この書類の記入箇所（すべて）において訂正がある場合、  
訂正箇所に二重線を引き、訂正印として委任者の印（法人印）  
を押印してください。

令和 年 月 日

※作成した日を記入してください。

## 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	2	7	X	X	X	X	X	X	X	X	X
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

大阪府国民健康保険団体連合会  
理 事 長 様

※開設者の住所・法人名・役職・代表者名を記入して下さい。

委任者

法人住所 大阪市中央区○○町○丁目○一○  
法人名 社会福祉法人○○会 ㊞  
役職・代表者名 理事長 国保 太郎

※法務局で登録（印鑑登録）している法人印を押印してください。  
なお、委任者のみ印鑑証明書の提出も併せてお願いします。  
★印鑑証明書は発行から3か月以内の原本を提出してください。

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事。
- 2) 障害福祉サービス費等の受領に関する事。

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。

※請求者又は口座名義人の住所・氏名を記入してください。

住所 大阪市○○区○○町○丁目○一○  
受任者 ○○○○○（施設名等）  
氏名 ○○長 大阪 花子