

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 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   
役職・代表者名

下記の受任者に対する下記事項の委任を解除します。

記

- 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。

住所  
受任者  
氏名