

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こと。
- 2) 障害福祉サービス費等の受領に関すること。

住所
受任者
氏名