

※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。

※作成した日を記入してください。

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	2	7	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ください。

委任者

法人住所 大阪市中央区〇〇町〇丁目〇ー〇

法人名 社会福祉法人〇〇会 ㊟

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。

※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 大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇ー〇
受任者 〇〇〇〇〇〇(施設名等)
氏名 〇〇長 大阪 花子