

※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 解 除 届

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