

# 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																			
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

印

都合により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こと。
- 2 障害福祉サービス費等の受領に関すること。

なお、本受任者の代理権消滅については、貴連合会に対し、委任者より本委任を解除する旨が記載された「委任解除届」が送達された日をもって受任者の代理権が消滅したものといたします。

令和 年 月 日

上記委任の件承諾いたしました。

住所  
受任者  
氏名

印