

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	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 印

※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3か月以内かつ原本での提出をお願いします。

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。

※委任状を作成した日を記入してください。

令和 年 月 日

※請求者又は口座名義人の住所・氏名を記入してください。

上記委任の件承諾いたしました。

受任者

住所 大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇ー〇

〇〇〇〇〇(施設名等)

氏名 〇〇長 大阪 花子 印

※法人印若しくは施設長印等を押印してください。