

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〇-〇

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3か月以内かつ原本での提出をお願いします。

私は、下記1の者（以下「代理人」という。）に対し、下記2の事項について、代理権授与の届をいたしておりましたが、このたび都合により令和 年 月 日付けをもって委任を解除し、代理人の代理権が消滅しましたのでお届けいたします。

記

※委任解除した日を記入してください

※請求者又は口座名義人の住所・氏名を記入してください。

1 受任者 住所 大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇-〇
〇〇〇〇〇（施設名等） ㊟
氏名 〇〇長 大阪 花子

※法人印若しくは施設長印等を押印してください。

- 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。