

平成 年 月 日

委任状

茨城県国民健康保険団体連合会
理事長 大久保 太一 殿

事業者 住所
法人名
代表者

印

当事業所は、以下の者を代理人と定め、障害者自立支援における介護給付費等の請求事務を代理人に委任します。

委任元 (事業所)	事業所名称	
	事業所番号
	委任期間	平成 年 月 ~ 平成 年 月

委任先 (代理人)	法人名	印
	役職・部署名	
	氏名または 代表者名	