

# 委任状

都合により、下記受任者を以って代理人と定め、下記障害福祉サービス事業所につき下記の権限を委任します。

## 記

1. 障害福祉サービス事業所番号

0	8								
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

2. 事業所の住所及び名称

3. 委任事項 障害福祉サービス費等の受領に関すること。

4. 委任年月日 令和 年 月 日

委任者（開設者の住所、名称及び代表者の職・氏名）

上記委任の件承諾いたしました。

受任者住所

（代理人）

氏名

印

印

茨城県国民健康保険団体連合会理事長 殿

連合会  
受付印

※本委任状を提出する際は、委任者の印鑑登録された印を使用し、印鑑証明書（発行日から3ヶ月以内）を添付してください。