

委任状（再発行用）

令和 年 月 日

茨城県国民健康保険団体連合会 理事長 殿

〈委任者〉

事業所番号

事業所名称

所在地

開設者名

印  
(実印)

私は、下記のことを代理人と定め、障害福祉サービス費等支払決定額  
通知書等の受領に関する権限を委任いたします。

記

〈受任者〉

受任者所在地

受任者氏名

電話番号