

# 委 任 状

事 業 所 番 号

事 業 所 名

事 業 所 所 在 地

開 設 者

私は都合により \_\_\_\_\_ を以て代理人と定め下記の  
権限を委任します。

## 記

### 委 任 事 項

1. 障害者福祉サービス費等の請求に関すること。  
( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 請 求 分 より )
2. 障害者福祉サービス費等の受領に関すること。  
( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 請 求 分 より )

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

委 任 者 \_\_\_\_\_ 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

⑩

上記委任の件承諾しました。

受 任 者 \_\_\_\_\_ 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

⑩

岡山県国民健康保険団体連合会理事長 殿