障害

委　任　状

令和　　年　　月　　日

富山県国民健康保険団体連合会理事長　殿

事 業 所 住 所

事 業 所 名 称

開　　設　　者
（委任者）　　㊞

都合により次の者を代理人と定め、障害福祉サービス報酬等の受領に関する権限を委任します。

住　　所

氏　　名
（受任者）　　㊞

※個人の場合は実印、法人の場合は登録代表者印を使用し、委任者・受任者双方の印鑑証明書（原本）を添付してください。