

障害福祉サービス費等の受領に関する

委任状

令和 年 月 日

宮城県国民健康保険団体連合会理事長 様

事業所番号

事業所名称

開設者住所

開設者氏名

印

当事業所は、以下の者を代理人と定め、障害福祉サービス費等の受領に関する権限を代理人に委任します。

記

代理人住所

代理人氏名

印