捨印

捨印

委　　任　　状

　　　　年　　月　　日

（あて先）札 幌 市 長

（委任者）

所在地

名　　　　称

職・氏名

次の事業者に係る障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の規定に基づく（介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費・地域相談支援給付費・計画相談支援給付費）の代理受領の請求・受領に関する一切の権限を下記の者に委任します｡

［指定事業所番号］

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

［事業者名称］

|  |
| --- |
|  |

［適用年月日］

　　　　年　　　月　　　日から適用

記

（受任者）　所在地

　名　　　　称

職・氏名