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児通所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｡

［指定事業者番号］

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

[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