

# 委任状

年 月 日

佐賀県国民健康保険団体連合会 理事長 様

主たる事業所名

事業所番号

開設者 所在地

名称

代表者 職・氏名

㊞

私は、下記の者を代理人と定め、 年 月提出（審査）分以降の介護報酬等の受領に関する権限を委任します。

記

代理人 職 名

氏 名

㊞