

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 月請求分以降の障害福祉サービス費等の受領に関する権限を委任します。

記

代理人 職名

氏名

㊟