

委任状

私は、都合により

をもって代理人と定め、下記の権限を委任します。

委任事項

- 1 介護報酬の請求に関すること。
- 2 介護報酬の受領に関すること。

なお、本委任状を解除する場合には、双方連署のうえ届け出のない限りその効力のないことを誓約いたします。

(委任年月日)

平成

年

月

日

介護保険事業所番号

委任者 住 所
氏 名

印

上記委任の件、承諾いたしました。

受任者 住 所
氏 名

印

新潟県国民健康保険団体連合会理事長 様

- (注) 1 委任事項は、番号を○で囲んで下さい。
2 本委任状を提出する際は、委任者(開設者)の印鑑証明を添付して下さい。
3 市町村等の公設の場合は必要ありません。又、定款に会計責任者の設置が明記されている場合も同様です。