

# 委任状

代理人（児童発達支援又は医療型児童発達支援を提供する事業所）

事業所住所

事業所名・代表者名

私は、上記の者を代理人と定め、守口市で給付決定を受けた児童発達支援又は医療型児童発達支援に係る 年 月から 年 月までに、同支援の提供を受けたものに関する児童発達支援等利用者負担給付金の請求及び受領の一切の権限を委任します。

記

(受給者証番号)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(フリガナ)

-----

(児童氏名)

\_\_\_\_\_

年 月 日

委任者（支給決定を受けた保護者）

住 所

氏 名

印