代　理　受　領　委　任　状

大阪府国民健康保険団体連合会
理　事　長　　様

平成　　２７年　　４月　　１日

下記受任者をもって代理人と定め、受領すべき介護報酬から原案作成料を受領する権限を委任します。

なお、受任者の代理権消滅については、貴連合会に対し、委任者より委任状を解除した旨の文書を送達することをもって受任者の代理権が消滅したものといたします。

（委任者）　事業所番号　２７０４８００００１６

住　　所　大阪府松原市阿保１丁目１番１号
松原市役所東別館内

事 業 所 名　松原市地域包括支援センター
社会福祉協議会

開 設 者 名　会　長　　堤　　實　　印

（受任者）　事業所番号

住　　所

事 業 所 名

開 設 者 名　　印