

大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業にかかる

## 代理請求及び代理受領委任状

年 月 日

大阪市長 様

私は、 年 月 日付で支給決定を受けた大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業の利用にかかるコミュニケーションサポート事業費の請求と受領に関する権限について、次のとおり委任します。

委 任 者（決定を受けた方）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

上記の権限の委任をうけることを承諾します。

受 任 者（サービス提供事業者）

住所 \_\_\_\_\_

事業者名

代表者職氏名 \_\_\_\_\_

（お願い）

- ・決定を受けた方（委任者）へ

この委任状は、記入のうえ、サービス提供事業者にお渡してください。

- ・サービス提供事業者（受任者）の方へ

この委任状は、事業費を請求する際に必要となりますので、受任者の住所・氏名を記入のうえ、「請求書」「実績管理票」「サービス提供記録（写）」と併せて、大阪市福祉局障がい者施策部障がい支援課あて提出してください。