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　　日付け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。