

委 任 状

年 月 日

大阪市長 様

申請者 法人所在地
法人名称
法人代表者

下記の者を代理人と定め、大阪市医療的ケア児の家族に対するレスパイト支援事業にかかる給付費の請求及び受領に関する権限を委任します。

記

所 在 地

事業所名

役職氏名