代 理 受 領 委 任 状

長崎県国民健康保険団体連合会
理事長　様

年　　月　　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等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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事 業 所 名
（地域包括支援ｾﾝﾀｰ） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

管 理 者 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

（受 任 者）　事 業 所 番 号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事 業 所 名
（介護支援事業所） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代 表 者 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印