

委 任 状

年 月 日

苫小牧市長 様

委 任 者

事業所住所

事業所名

㊞

管理者氏名

介護保険利用者負担軽減費支給の受領に関する権限を次のとおり委任します。

受 任 者

住所

法人名

㊞

代表者氏名