

代理権授与通知書

私は _____ を代理人と定め下記の権限を委任します。

記

一．債権の名称 介護保険給付費

一．委任期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

一．支給申請に関する権限

一．口座振替の方法により代金を受領する権限

_____ 年 _____ 月 _____ 日

河内長野市 会計管理者 様

債権者 住所

氏名

印