

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 宛

債権者 住所

氏名