

年 月 日

## 委 任 状

(宛先) 春日市福祉事務所長

住所又は居住地

利用者(保護者)氏名

印

(対象児童の氏名

)

私は、下記の者を代理人と定め、私が(春日市障害者等移動支援費支給事業実施規則・春日市障害者等日中一時支援費支給事業実施要綱・春日市身体障害者等訪問入浴サービス費支給事業実施要綱)の規定に基づき申請した(障害者等移動支援費支給事業・障害者等日中一時支援費支給事業・身体障害者等訪問入浴サービス費支給事業)について、各規則及び要綱の規定に基づき支給決定を受けた期間における、私又は対象児童が利用した(移動支援費・日中一時支援費・訪問入浴サービス費)の請求及び受領に関する権限を委任します。

### 記

代理人 (春日市障害者等移動支援費支給事業実施規則・春日市障害者等日中一時支援費支給事業実施要綱・春日市身体障害者等訪問入浴サービス費支給事業実施要綱)の規定に基づき福祉事務所長が事業所登録を決定した事業所のうち、私又は対象児童が各規則及び要綱の規定に基づき利用した事業所の代表者