委任状

所在地

名称

（代表者氏名）

【受任者】

　上記の者を、私の代理人と定め、下記の行為に関する一切の行為を委任します。

記

　神戸市から支給される、障害児入所措置医療費（ただし、治療装具費に限る）の請求及び受領に関すること。

　　　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| 【給付決定保護者等】 |
|  |
| 住所 |
| 氏名 |
| 児童氏名 |
| 利用事業者 |