委　　任　　状

 5 居宅介護支援事業所等

（正）

　**私は、都合により　　　　　　　　　　　　　　　　　　　を代理人と定め、下記の権限を委任します。**

記

　　１　認定調査委託料の請求及び領収に関する事項

　　２　期間　　令和　　　年　　月　　日から令和６年３月３１日まで

（ただし、上記期間に締結した契約に基づく認定調査委託料の請求及び領収のための期間（出納整理期間（令和６年４月１日から同年５月３１日まで）に限る）を含みます。）

　追って本委任を解除する場合には、双方連署のうえ届出のない限りその効力のないことを誓約します。

　　　令和　　　年　　月　　日

　　　**委任者　　事業者（法人）の所在地**

　　　　　　　　**事業者（法人）の名称及びその代表者職・氏名**

　　上記委任の件承諾しました。

　　　**受任者　　事業所の所在地**

　　　　　　　　**事業所の名称及びその代表者職・氏名**

認定調査を実施する事業所番号：

（あて先）

　　契約事務受任者　名古屋市健康福祉局長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請求領収委任状　 健康福祉局介護保険課　保管 | 取　扱責任者 |  |

委　　任　　状

 5 居宅介護支援事業所等

（副）

　**私は、都合により　　　　　　　　　　　　　　　　　　　を代理人と定め、下記の権限を委任します。**

記

　　１　認定調査委託料の請求及び領収に関する事項

　　２　期間　　令和　　　年　　月　　日から令和６年３月３１日まで

（ただし、上記期間に締結した契約に基づく認定調査委託料の請求及び領収のための期間（出納整理期間（令和６年４月１日から同年５月３１日まで）に限る）を含みます。）

　追って本委任を解除する場合には、双方連署のうえ届出のない限りその効力のないことを誓約します。

　　　令和　　　年　　月　　日

　　　**委任者　　事業者（法人）の所在地**

　　　　　　　　**事業者（法人）の名称及びその代表者職・氏名**

　　上記委任の件承諾しました。

　　　**受任者　　事業所の所在地**

　　　　　　　　**事業所の名称及びその代表者職・氏名**

認定調査を実施する事業所番号：

（あて先）

　　契約事務受任者　名古屋市健康福祉局長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請求領収委任状　 健康福祉局介護保険課　保管 | 取　扱責任者 |  |