様式第2号(第4条関係)

市外障害福祉施設通所経費に関する委任の届出書

年　　月　　日

　みよし市長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 委任者 | フリガナ | 　 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 住所 | 　 |

　私は、下記の者を受任者と定め、市外障害福祉施設通所経費の請求を行うことを委任します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受任者 | 施設の設置者、名称及び長の名称 | 　 |
| 施設の所在地及び連絡先 | 　 |