

年 月 日

## 入院時コミュニケーション支援費受領委任届出書

堺市長 殿

住 所

氏 名

印

(障害児氏名 )

私は、下記の者を代理人と定め、堺市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業に係る給付費の請求及び受領に関する権限を委任します。

記

代理人 所在地

名 称

代表者の職・氏名

印