

※管理番号

年 月 日

移動支援費受領委任届出書

堺 市 長 殿

住 所

氏 名

(障害児氏名)

私は、下記の者を代理人と定め、堺市障害者移動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

事業所番号
名 称 (法人)
(事業所)

代表者の職・氏名

※注意 申請者が自署しない場合は、記名押印してください。
※管理番号には、記入しないでください。