

委任状

令和 年 月 日

法人名

委任者 住所
(代表者) 氏名

印

私は、次の者を代理人と定め、ケアプランデータ連携システム活用促進補助金に係る請求及び受領に関する一切の権限を委任します。

受任者 住所
氏名

<注意事項>

- ・本書は、当該支援金の受取口座名義が、法人名義または法人代表者名と異なる場合（会計事務所名義、会計担当者名義など）の場合にのみ添付してください。
- ・代表者印（※社名印でない）の押印後、スキャンした **PDF** を電子申請に添付してください。