**委　任　状**

　　年　　月　　日

千歳市介護予防センター長　様

　　　　　　　　　　　　　委任者　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 団体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 役　職

氏　名　　　　 　　　　　　　 ㊞

受任者　　　住　所

　　　　　　　 団体名

　　　　　　　 役　職

氏　名　　　　 　　　　　　　 ㊞

私（委任者）は、　　　　　　　　　　　　　　　　（受任者）を代理人と定め、社会福祉法人千歳市社会福祉協議会から支払われる千歳市介護予防サロン事業運営費補助の受領に関する権限について委任します。

　支払い方法：口座振込　　次の預金口座に振り込み願います。

振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 本･支店名 |  |
| 預金種目 | １普通　２当座　３(　　　　)※○で囲んでください。 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |

＊注意事項　委任者の押印は、請求書に押印した印鑑と同一の印鑑を押印するものとする。