**委　任　状**

　　年　　月　　日

　　群馬県知事　様

**委任者**

住　所

法人名

代表者　職・氏名

　令和　年度　群馬県地域医療介護総合確保基金事業費補助金（介護従事者の確保に関する事業）の受領に際し、以下の者に一切の権限を委任します。

**受任者**

　　住　　　所

　　施　設　名

代表者職・氏名

　振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 本・支店名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 預金の種別 | １普通 ２当座　４貯蓄 ９その他 | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座番号 |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 預貯金名義 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 預貯金名義フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | |