様式第２号（第６条関係）

委　　任　　状

１　下記の者を代理人として、佐久市障害児通園施設利用者負担金軽減申請手続に関する一切の権限を委任します。

代理人

　住所（通園施設所在地）

通園施設の名称及び施設の長の職氏名

２　下記の者を代理人として、佐久市障害児通園施設利用者負担金軽減費用の請求及び受領に関する一切の権限を委任します。

住所（通園施設所在地若しくは設置法人所在地）

通園施設若しくは設置法人の名称及び代表者の職氏名

　　　　　　年　　月　　日

委任者（保護者）

　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　印