委　任　状

令和７年　月　日

　山形県知事　吉村　美栄子　殿

（委任者）

印

私は、別紙様式２－４の事業所ごとの算定額に応じ、介護人材確保・職場環境改善等補助金の受領の権限を、下記の者に委任します。

（受任者）：　申請する全事業所を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 事業所番号 | 事業所名 | 住所 | 代表者職位 | 代表者氏名 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |

※事業所が18事業所以上ある場合は、２通に分けて記入、提出してください。

※本状は、印刷～押印の上、郵送してください。

送付先：〒990-0042 山形市七日町1丁目2-36 CROSS407

介護人材確保・職場環境改善等事業費補助金センター