[서식 제1-1호]

■ 사업운영 자체 서식

사회서비스이용권(정신건강 심리상담 바우처사업) 발급 신청 위임장

수임자	성명 ( )	생년월일
	주소	
	위임자와의 관계 의	전화번호 ( ) -

본인은 위 사람에게 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제9조에 따라 사회서비스 이용권의 발급 신청에 관한 일체의 권한을 위임합니다.

년 월 일

위임자	성명 (서명 또는 인)		생년월일
	주소	전화번호	

년 월 일

위임자(본인) : (서명 또는 인)

업무담당자 확인사항	위임자와 수임자(대리인)의 인적사항을 확인할 수 있는 신분증 또는 서류 ※「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제34조에 따라 개인정보 보유 및 파기	수수료 없 음

유 의 사 항

거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 사회서비스이용권을 발급받거나 다른 사람으로 하여금 발급받게 한 자 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처할 수 있습니다.