

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届

年 月 日 提出

〇〇〇国民健康保険団体連合会
理事長
国保 太郎

開設者
住所 〇〇県△△市◇◇1-2-3

様
氏名 申請 太郎

印

給付費の請求ならびに受領に関し、下記のとおり記入・捺印のうえ届出いたします。

事業所番号	5010000001			郵便番号	999-9999		社会 使用 欄
法人等種別	01	社会福祉法人（社協以外）		電話番号	98-7654-3210		
（請求先）事業所名称	×××事業所			FAX番号	98-7654-3211		
フリガナ（所在地）	マルマルンサンカクサンカクシカクシカク-2-3			振込先	0 1 2 3	振込先金融機関番号（4桁）、支店番号（3桁）及び預金種別を記入	
				支店名	4 5 6		
				口座番号	普通 当座 その他	0 1 2 3 4 5 6	
フリガナ（請求者）	シセイ 知			フリガナ（受領者）	シセイ 知		
請求者	申請 太郎			（口座名義人）受領者	申請 太郎		
	届出理由（該当番号に○をつけてください）			異動年月	旧事業所番号		
①	新設			平成28年 5月請求分より			
2	請求者及び受領者（口座名義）の変更			※摘要	支払先事業所番号		
3	振込先及び口座番号の変更						
4	その他（ ）						
決定通知等の送付データの形式				異動年月は、請求を開始される年月を記載してください。			
旧事業所番号欄に記載した事業所番号への支払いを、当該事業所番号の支払いと合算することに同意します。							
住所				印			
氏名							
備考							

開設者と請求者は基本的に同じ法人・団体名をご記入ください。

開設者の印鑑を押印

振込先金融機関番号（4桁）、支店番号（3桁）及び預金種別を記入

異動年月は、請求を開始される年月を記載してください。

旧番号欄に書かれた事業所番号への支払（月遅れ・過誤返還金）が発生した場合に、自動的に新事業所番号の振込金額と合算（相殺）されて振り込まれます。障害福祉サービス費の振込を分けたい場合には同意欄への記入はしないでください。

■ご提出いただく前にコピーをとられることをお勧めします。

今後口座番号や名義、請求者等が変更になった場合には、コピーに変更箇所を赤字で記入して提出していただきます。なお、その際、右上の開設者記入箇所には再度押印が必要です。

■住所・電話番号等に変更が生じた場合は高知県庁又は高知市役所へご連絡ください。

事業所名・住所・電話番号等（振込口座以外）に変更が生じた場合は、事業所の指定を受けた高知県庁、もしくは高知市役所に届け出してください。