

## 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

高知県国民健康保険団体連合会  
理事長  
楠瀬 耕作 様

開設者  
住所

氏名 印

給付費等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			
法人等 種別	郵便 番号		
(請求先) 事業所 名称	電話番号		
	FAX番号		
フリガナ (所在地)	振込先		
	支店名		
所在地	口座 番号	1.普通 2.当座 3.その他	
フリガナ (請求者)	フリガナ (受領者)		
請求者	(口座名義人) 受領者		
	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	年 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		PDF	CSV
旧事業所番号欄に記載した事業所番号への支払を、当該事業所番号の支払と合算することに同意します。			
住所 氏名		印	
備 考			