

# 障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届

平成 19年××月 日 提出

県国民健康保険団体連合会

開設者

理事長 連合 太郎 様

住所 県 市××町1-1  
社会福祉法人 会

氏名 理事長 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										連合会使用欄	
法人等種別	01	社会福祉法人(社協以外)			郵便番号	999-9999						
(請求先)事業所名称	X X X 事業所				電話番号	98-7654-3210						
					F A X 番号	98-7654-3211						
フリガナ	マルマルケンサンカクサンカクシバ ツバ ツマチ1-1				振込先	9	9	9	9	銀行		
所在地	県 市××町1-1				支店名	1	1	1	支店			
					口座番号	普通 当座 その他	0	1	2	3	4	5
フリガナ	リジ ヨウ シセイ タウ				フリガナ	ク) サンカクサンカクカイリジ ヨウシセイタウ						
請求者	理事長 申請 太郎				(口座名義人)受領者	社会福祉法人 会 理事長 申請 太郎						
1 2 3 4	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				
	新設				19年10月請求分より			支払先事業所番号				
	請求者及び受領者(口座名義)の変更				摘要							
	振込先及び口座番号の変更											
	その他 ( )											
Eメール												
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												
氏名 印												
備考												