

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

開設者

住所

茨城県国民健康保険団体連合会 理事長 殿

氏名

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											連 合 会 使 用 欄		
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									
所在地				支店名									
				口座番号	普通 当座 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)受領人									
	届出理由(該当番号に○をつけてください)			異動年月日				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(口座名義人)の変更							支払先事業所番号					
3	振込先及び口座番号の変更			※摘要									
4	その他()												
決定通知書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、該当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													