

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届

〇〇年 〇月 △△日 提出

〇〇県国民健康保険団体連合会

開設者 〇〇県〇〇市××町1-1

理事長

住所 社会福祉法人 〇〇会

連合 太郎

様

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	〇〇〇-▲▲▲▲							
(請求先)事業所名称	×××事業所				電話番号	000-111-2222							
					FAX番号	333-444-5555							
フリガナ(所在地)	マルマルケンシカクシカクシバツバツチョウ1-1				振込先	9	9	9	9	〇〇銀行			
所在地	〇〇県〇〇市××町1-1				支店名	1	1	1	〇〇支店				
					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)	リジチョウ シンセイ タロウ				フリガナ(受領者)	シャカイフクシホウジン マルマルカイ							
請求者	理事長 申請 太郎				(口座名義人)受領人	社会福祉法人 〇〇会							
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">1</div>	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					
	新設				〇〇年 〇月請求分より			支払先事業所番号					
	2 請求者及び受領者(口座名義人)の変更				※摘要								
	3 振込先及び口座番号の変更												
	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													