

記載例

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

法人住所

理事長

住所 〇〇県〇〇市××町1-1

連合 太郎

様

社会福祉法人 〇〇会

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。

印鑑証明書印

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
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 役職 代表者名		(口座名義人)受領人	社会福祉法人 〇〇会	
	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		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				
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			印		
氏名					
備考					