

<記入例> 障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届

国保連→事業所

【新規の場合】網掛け部分については必ず記載してください。

事業所届出されている開設者を記載ください。

平成〇〇年〇月〇日 届

県国民健康保険団

長 NNNNNNNN 様

開設者

住所 〇〇市××町・・・
法人 株式会社〇〇〇
役職・代表者氏名 代表取締役 申請 太郎

実印

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。

新規事業者様は、今回捺印されます印鑑の「印鑑証明」を必ず添付してください。今後、連合会へ提出いただく書類にはこの印鑑を使用してください。

事業所番号	2917654321%				
法人等種別	01	社会福祉法人（社協以外）	郵便番号		
(請求先)事業所名称	X X X 事業所		電話番号	98-7654-3210	使用欄
			FAX番号	98-7654-3211	
フリガナ	マルマルサンカクサンカクシバ ツバツチ		振込先	9 9 9 9	
所在地	〇〇〇△△市××町1-1		支店名	〇〇銀行 9 9 9 ◇◇支店	
フリガナ	カ7シキガイシャ マルマルカイシャ リシチヨウ シンセイ タロウ		口座番号	普通 当座 その他	0 0 0 1 2 3 4
請求者	株式会社 〇〇会社 代表取締役 申請 太郎		フリガナ	カ7シキガイシャ マルマルカイシャ リシチヨウ シンセイ タロウ	
	(口座名義人) 株式会社 〇〇会社 代表取締役 申請 太郎		受領者	株式会社 〇〇会社 代表取締役 申請 太郎	
	届出理由(該当番号に○をつ)		異動年月	所番号	
	1	新設	29年4月請求分より		振込希望口座をご記入ください。口座については必ず開設者(株式会社・法人等)の口座をお願いします。
	2	請求者及び受領者(口座名義)	摘要		
	3	振込先及び口座番号の変更	サービスが行える月の(実際にサービスがなくても)		
	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					
備考					

事業所届出されている開設者を記載ください。(開設者欄と同じ内容となります)

該当する届出理由を選択してください。

必ず口座種別(普通・当座等)を選択してください。

サービスが行える月の(実際にサービスがなくても)

旧事業所で今後過誤が発生し、旧事業所の支払がマイナスになるケースが予測される場合のみ記載頂く欄です。(それ以外の場合は記入しないで下さい。)

平成28年4月より、開設者欄に捺印いただきました印鑑の印鑑証明のご提出をお願いしております。連合会使用欄に赤色の「新規」印が押している場合は必ず印鑑証明のご提出をお願いします。連合会使用欄に緑色の「変更」印が押している場合においても、「開設者や事業所名の変更があり印鑑証明の内容に変更がある」、「過去に印鑑証明をご提出いただいていない」等のケースについては印鑑証明のご提出をお願いします。