

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

① 平成〇〇年 △月 ×日 提出

群馬県国民健康保険団体連合会理事長 様

開設者

住所 ②群馬県前橋市〇〇町1-1
社会福祉法人 ○×会

氏名 理事長 群馬一郎 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。

群馬県または市町村への届出の際に使用する印鑑を押印する。(法人の代表者印等)

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|-----------------------|-------------------|--|------------|------------------------------------------------|----------|-----|------------|--|-------|--|
| 事業所番号 | ③ 1 0 1 2 3 4 5 6 7 8 | | | | | | | | | | |
| 法人等種別 | 01 | ④社会福祉法人(社協以外) | | | 郵便番号 | 370-0011 | | | | 合会使用欄 | |
| (請求先)事業所名称 | ⑤ 〇〇〇事業所 | | | 電話番号 | 027-111-1111 | | | | | | |
| | | | | FAX番号 | 027-111-1112 | | | | | | |
| フリガナ(所在地) | ケンケンマエバシ△△マチ2-2 | | | 振込先 | ⑨ 0 1 2 3 国保銀行 | | | | | | |
| 所在地 | ⑥ 群馬県前橋市△△町2-2 | | | 支店名 | ⑩ 4 5 6 前橋支店 | | | | | | |
| | | | | 口座番号 | ⑪ 普通当座 0 1 2 3 4 5 6 その他 | | | | | | |
| フリガナ(請求者) | シンセイ タロウ | | | フリガナ(受領者) | フク) ○×カイ | | | | | | |
| 請求者 | ⑦ 申請 太郎 | | | (口座名義人)受領者 | 社会福祉法人 ○×会 理事長 群馬一郎 | | | | | | |
| ⑧ | 届出理由(該当番号に○をつけてください) | | | | ⑬ 異動年月 | | | ⑭ 旧事業所番号 | | | |
| | ① | 新設 | | | 28年5月 請求分より | | | ⑮ 支払先事業所番号 | | | |
| | 2 | 請求者及び受領者(口座名義)の変更 | | | ※摘要 | | | | | | |
| | 3 | 振込先及び口座番号の変更 | | | H28年4月にサービス提供開始 H28年5月に請求する場合 (H28年6月振込) | | | | | | |
| | 4 | その他() | | | | | | | | | |
| 決定通知等の送付データの形式 ⑯ | | | | 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。 | | | | | | | | | | | |
| ⑰ 住所 氏名 印 | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | |

【注意事項】

この届は、1つの事業所番号につき1枚の提出となります。
 なお、提出した届の内容に変更が生じた場合、再度この届に全ての欄を記入して提出してください。
 特に口座名義人の変更等を行った場合には、早急に提出してください。