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

群馬県国民健康保険団体連合会理事長　様　　開設者
住所

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			
		支店名			
所在地		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）受領者			

	届出理由（該当番号に〇をつけてください）	異動年月	旧事業所番号
1	新設	年　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）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

氏名　　印

備　考