

「障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届」の記載方法等について

(指定事業者用)

項番	項目	記載内容
①	提出年月日	提出年月日を和暦で記載のこと
②	開設者住所・氏名	群馬県または市町村に提出した指定申請書の申請者（設置者）と同様の名称及び代表者の職・氏名を記載し、押印のこと（印は指定申請書に使用した印鑑）
③	事業所番号	群馬県または市町村から指定を受けた10桁の事業所番号（群馬県または市町村からの指定通知書による）
④	法人種別	群馬県または市町村に提出した指定申請書と同じ
⑤	事業所名称	群馬県または市町村から指定を受けた事業所名称と同じ
⑥	所在地	上記事業所の所在地を記載のこと
⑦	請求者	開設者氏名と異なる場合に記載のこと
⑧	届出理由	この届を初めて提出する場合は1を、変更等の場合は2～4から選択し○で囲む
⑨	振込先	全銀協が定めた金融機関コード体系4ケタで記載のこと
		振込先金融機関名（銀行、信託銀行、信用金庫、信用組合、農協等）
⑩	支店名	全銀協が定めた金融機関コード体系3ケタで記載のこと
		振込先金融機関の本店又は支店名を記載のこと
⑪	口座番号	該当する口座種目を○で囲む
		預金通帳に記載されている口座番号を記載のこと
⑫	受領者	フリガナ 預金通帳に記載されているカナの口座名義人を記載のこと
		漢字 預金通帳に記載されている漢字の口座名義人を記載のこと 口座名義人と開設者氏名が異なる場合、別紙委任状を提出
⑬	異動年月	この届を初めて提出する場合は請求開始年月、⑧で2～4を選択した場合は変更が生じる年月を記載のこと
⑭	旧事業所番号	事業所番号に変更が生じた等必要な場合のみ、旧事業所番号を記載のこと（この場合⑱同意欄も必須） ※下記参照
⑮	支払先事業所番号	事業所番号に変更が生じた等必要な場合のみ、新事業所番号を記載のこと ※下記参照
⑯	決定通知等の送付データの形式	CSV形式も必要な場合は○で囲む（PDF形式での配信が基本です）
⑰	同意欄	⑭を記入の場合は、開設者住所及び氏名を記載し②欄と同じ開設者印を押印のこと

【注意事項】

- ・この届は、1つの事業所番号につき1枚の提出です。
- ・**振込相違を防ぐため、通帳の表紙の写し及び通帳を開いた1ページ目（店番号、口座番号、口座名義人のカナが記載されているページ）の写しを必ず添付してください。**
- ・**開設者氏名と口座名義人が異なる場合は、必ず同封の委任状に委任者の印鑑登録証明書を添えて提出してください。**
- ・新規事業所の場合、項番③～⑥は原本に印字されています。記載内容を御確認いただき、相違等がある場合は二重線を引き赤字で訂正し、指定先（群馬県または市町村）に連絡してください。
- ・開設者や支払先口座に変更が生じた場合はすべてを記載して再提出してください。
- ・「連合会使用」欄は記載しないでください。
- ・項番⑭、⑮には「障害福祉サービス事業所等・地域生活支援事業所」と「障害児支援事業所等」を跨った設定は行えません。
- ・Eメールアドレスは、受領に関する届提出後に発行される本番ユーザIDで電子請求受付システムにログインし、登録してください。

問い合わせ先

群馬県国民健康保険団体連合会 介護保険課 障害介護係

前橋市元総社町335番地の8 TEL 027-290-1315 FAX 027-255-5077